

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

**CLARISSE DE AZAMBUJA FARIAS**

**TRAUMA DE INFÂNCIA E DESFECHOS CLÍNICOS EM ADULTOS JOVENS  
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Pelotas

2015

**CLARISSE DE AZAMBUJA FARIAS**

**TRAUMA DE INFÂNCIA E DESFECHOS CLÍNICOS EM ADULTOS JOVENS  
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Jansen

Pelotas

2015

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

**CLARISSE DE AZAMBUJA FARIAS**

**TRAUMA DE INFÂNCIA E DESFECHOS CLÍNICOS EM ADULTOS JOVENS COM  
TRANSTORNO BIPOLAR**

Conceito final: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

---

Dr.<sup>a</sup> Mariane Acosta Lopez Molina

---

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Jansen

## SUMÁRIO

<b>I. PROJETO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Identificação</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Resumo</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Introdução</b> .....	<b>3</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>5</b>
4.1 Objetivo geral .....	5
4.2 Objetivos específicos .....	5
<b>5. Hipóteses</b> .....	<b>6</b>
<b>6. Revisão de literatura</b> .....	<b>7</b>
6.1 Estratégias de busca.....	7
6.2 Quadros de revisão .....	10
6.3 Fundamentação teórica.....	14
<b>7. Método</b> .....	<b>17</b>
7.1 Delineamento.....	17
7.2 Participantes .....	17
7.2.1 Critérios de inclusão .....	17
7.2.2 Critérios de exclusão .....	17
7.3 Logística do estudo.....	17
7.4 Cálculo amostral .....	18
7.5 Definição das variáveis.....	18
7.6 Instrumentos .....	19
7.6.1 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> na versão Plus – (MINI-Plus) .....	19
7.6.2 <i>Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - 3ª edição (WAIS III)</i> .....	20
7.6.3 <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i> .....	20
7.6.4 Classificação econômica.....	21
7.7 Seleção e treinamento de pessoal .....	21
7.8 Coleta de dados.....	22
7.9 Processamento e análise de dados .....	22
7.10 Aspectos éticos .....	23
7.11 Cronograma–2013/2014 e 2015 .....	23
7.12 Orçamento .....	24
<b>8. Referências</b> .....	<b>25</b>

ANEXOS .....	30
Anexo – A: Termo de consentimento livre e esclarecido .....	31
Anexo – B: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> na versão Plus ( <i>MINI-Plus</i> ) .....	34
Anexo – C: Protocolo de respostas da <i>Escala Wechsler de Inteligência para Adultos- 3ª edição (WAIS III)</i> .....	41
Anexo – D: <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i> .....	43
Anexo – E: Classificação econômica .....	45
Anexo – F: Documento de devolução aos participantes da pesquisa .....	46
II DECLARAÇÃO .....	48
III ARTIGO .....	49
Resumo .....	51
Abstract .....	52
Introdução .....	53
Método .....	54
Resultados .....	56
Discussão .....	58
Referências .....	62
ANEXOS .....	68
<b>Tabela 1:</b> Características sociodemográficas e econômicas da amostra comunitária de adultos jovens com TB. ....	68
<b>Figura 1:</b> Escores dos subtipos de trauma na infância entre adultos jovens com TB e amostra comunitária sem TB. ....	69
<b>Tabela 2:</b> Características sociodemográficas e econômicas da amostra comunitária de adultos jovens com TB com e sem trauma na infância. ....	70
<b>Tabela 3:</b> Desfechos clínicos da amostra comunitária de adultos jovens com TB com e sem trauma na infância. ....	71
<b>Figura 2:</b> Correlação entre os escores de trauma na infância e de prejuízos no funcionamento global da amostra comunitária de adultos jovens com TB. ....	72

## **I. PROJETO**

### **1. Identificação**

**Título:** Vivências traumáticas na infância e desempenho cognitivo em adultos jovens

**Discente:** Clarisse de Azambuja Farias

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Jansen

**Linha de pesquisa:** Psicologia da Saúde

**Instituição:** Universidade Católica de Pelotas

**Centro:** Centro de Ciências da Vida e da Saúde

**Curso:** Mestrado em Saúde e Comportamento

**Revista a ser submetido o artigo produzido neste estudo:** *Child Abuse & Neglect*

**Data:** Agosto, 2014

## 2. Resumo

**Introdução:** O trauma na infância é uma experiência complexa que pode se caracterizar tanto por abuso (emocional, físico e sexual) quanto por negligência (emocional e física). Exposição a situações traumáticas durante a infância pode estar associada ao desenvolvimento ou precipitação da expressão de transtornos de humor e prejuízos no desempenho cognitivo ao longo da vida.

**Objetivo:** Avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor, bem como, verificar quais os prejuízos cognitivos que estão relacionados aos subtipos de trauma na infância.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte realizado com adultos jovens com idades entre 23 e 30 anos. As vivências traumáticas foram avaliadas através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e o desempenho cognitivo será avaliado pelos Índices Fatoriais da *Escala Wechsler de Inteligência para Adultos* (WAIS III). Além disso, a presença de transtornos de humor foi verificada por meio da *Mini International Neuropsychiatric Interview* versão Plus (MINI-Plus) e será considerada mediadora da associação entre trauma e desempenho cognitivo.

**Resultados esperados:** Espera-se que vivências traumáticas na infância tenham efeito negativo sobre o desempenho cognitivo durante a vida adulta, além disso, acredita-se que as dificuldades cognitivas variam de acordo com o subtipo de trauma.

**Palavras-chave:** Trauma na infância; desempenho cognitivo; transtornos de humor.

### 3. Introdução

O trauma na infância é uma experiência complexa que pode se caracterizar tanto por abuso (emocional, físico e sexual) quanto por negligência (emocional e física)<sup>1,2</sup>. O abuso e a negligência de crianças tornam-se cada vez mais um problema grave na sociedade moderna em todo o mundo<sup>3</sup>, visto que a ocorrência de vários tipos de maus-tratos durante a infância é bastante descrita na literatura<sup>2,4-7</sup>.

A exposição a situações traumáticas durante a infância acarreta uma série de efeitos adversos, em crianças e adolescentes, abrangendo prejuízos cognitivos<sup>4,6,7-13</sup>, emocionais<sup>2,5,6</sup> e psicossociais<sup>4,13</sup>. Diante disso, nos últimos anos, vem crescendo o interesse de investigações sobre as consequências do trauma na infância durante a vida adulta. Estudos realizados com adultos verificaram maior prevalência de vivências precoces de traumas entre as mulheres<sup>14-16</sup>. Tais vivências também têm sido associadas ao baixo nível de escolaridade<sup>17,18</sup> e econômico<sup>19</sup>. Além disso, autores sugerem que vivências traumáticas na infância estão associadas ao desenvolvimento ou a precipitação da expressão de transtornos de humor (TH)<sup>20-23</sup> e a prejuízos no desempenho cognitivo ao longo da vida<sup>14,22,24,25</sup>.

No que tange aos efeitos das vivências traumáticas durante a infância sobre a cognição na vida adulta, um crescente corpo de evidências sugere que os prejuízos do funcionamento executivo, domínios da memória e velocidade de processamento estão associados ao trauma na infância tanto em indivíduos com transtornos psiquiátricos<sup>22,25-27</sup> quanto em indivíduos saudáveis<sup>14,24,25</sup>. Já a atenção e Quociente de Inteligência (QI) têm sido associados a experiências traumáticas na infância de adultos com diagnóstico de transtorno bipolar e esquizofrenia<sup>22,26</sup>. Sendo também verificada uma tendência a pior habilidade verbal em portadores de transtornos psiquiátricos com esse tipo de trauma<sup>26</sup>. Além disso, alguns estudos sugerem que as dificuldades cognitivas variam de acordo com o subtipo de trauma<sup>24,25</sup>.

Quanto ao TH e a cognição, estudos mostram que indivíduos com esse diagnóstico apresentam prejuízos no desempenho cognitivo referente à memória<sup>28-30</sup>, atenção<sup>28-31</sup>, funções executivas<sup>28-31</sup>, fluência verbal<sup>31</sup>, aprendizagem verbal<sup>29,30</sup>, velocidade de processamento psicomotor e QI<sup>30</sup>. Contudo, também há evidências de que um significativo déficit cognitivo associado ao TH está presente apenas em estágios mais avançados e que o número de episódios desencadeia prejuízo cognitivo<sup>32,33</sup>.



Em suma, a literatura sugere que o trauma na infância está associado a prejuízos cognitivos tanto nos indivíduos com diagnóstico de TH<sup>22,26</sup> quanto nos indivíduos saudáveis<sup>10,11,14,24</sup>, porém as dificuldades cognitivas relacionadas ao trauma podem ser diferentes entre eles. Autores sugerem que o padrão de comprometimento cognitivo pode variar quando há a co-ocorrência de trauma na infância e transtornos psiquiátricos<sup>22</sup>.

Até o momento, há uma grande quantidade de estudos direcionados aos prejuízos cognitivos de crianças e adolescentes, saudáveis<sup>4,7-13</sup> e com transtornos psiquiátricos<sup>6,10</sup>, expostos a eventos traumáticos. Com relação à população de adultos jovens, a literatura apresenta estudos que avaliam o desempenho cognitivo em relação ao trauma na infância de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos com sintomas psicóticos<sup>26,27,34</sup>. Contudo, ainda são escassos os estudos que verifiquem essa associação em adultos jovens com TH (transtorno bipolar e transtorno depressivo maior), bem como em um grupo de controles populacionais.

Portanto, verifica-se a necessidade de mais estudos destinados a essa problemática, sendo direcionados a adultos jovens, os quais poderão contribuir para uma maior compreensão dos efeitos das vivências de traumas durante a infância sobre a cognição na vida adulta, podendo assim nortear estratégias de prevenção e intervenções. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens residentes da zona urbana da cidade de Pelotas-RS, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor. Além disso, objetiva-se verificar quais os prejuízos cognitivos que estão relacionados aos subtipos de trauma na infância.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens residentes da zona urbana da cidade de Pelotas-RS, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Avaliar se a frequência de vivências traumáticas na infância está associada a menores escores dos Índices Fatoriais: Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Memória Operacional (IMO) e Velocidade de Processamento (IVP) que compõem a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos;
- Correlacionar a frequência de vivências traumáticas na infância com os escores dos Índices Fatoriais (ICV, IOP, IMO e IVP) estratificando por grupo diagnóstico;
- Verificar se os adultos jovens que vivenciaram pelo menos um subtipo de trauma na infância apresentarão menores escores nos Índices Fatoriais quando comparados aos que não sofreram trauma;
- Verificar quais os componentes de trauma na infância (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física) estão associados a menores escores dos Índices Fatoriais (ICV, IOP, IMO e IVP).

## 5. Hipóteses

- Quanto maior a frequência de vivências traumáticas na infância menor será o desempenho nos Índices Fatoriais;
- A frequência de vivências traumáticas na infância está associada a maior prejuízo no desempenho dos Índices de Memória Operacional, de Organização Perceptual e de Velocidade de Processamento no grupo controle e nos quatros Índices Fatoriais no grupo com transtornos de humor;
- Os adultos jovens que vivenciaram pelo menos um subtipo de trauma na infância apresentarão menores escores nos Índices Fatoriais quando comparados aos que não sofreram trauma;
- O abuso/negligência emocional e o abuso sexual estão associados ao pior desempenho dos Índices de Memória Operacional e de Organização Perceptual. Enquanto, o abuso/negligência física estão relacionados o menor desempenho dos Índices de Velocidade de Processamento, de Memória Operacional e de Organização Perceptual.

## 6. Revisão de literatura

### 6.1 Estratégias de busca

**Tabela 1.** Número de estudos encontrados de acordo com os descritores utilizados e bases de busca bibliográfica. Pesquisa realizada até o mês de agosto de 2014-sem restrições.

Descritores utilizados	Números de artigos encontrados	
	Pubmed	*BVS
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Impairment	10	11
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Abilities	6	2
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Deficit	1	3
Childhood Trauma Questionnaire AND WAIS III	0	0
CTQ AND WAIS III	0	0
Childhood Trauma Questionnaire AND WAIS	2	1
Childhood Trauma AND WAIS III	0	0
Childhood Trauma AND WAIS	5	1
Childhood Trauma AND Cognitive Impairment	65	106
Childhood Trauma AND Cognitive Abilities	34	30
Childhood Trauma AND Cognitive Deficit	25	64
Childhood Trauma AND Cognitive Functioning	80	197
Childhood Trauma Questionnaire AND Cognitive Functioning	22	34
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Abilities	4	39
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Deficit	7	131
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Impairment	12	114

\*Biblioteca Virtual em Saúde.

**Tabela 1.** Número de estudos encontrados de acordo com os descritores utilizados e bases de busca bibliográfica. Pesquisa realizada até o mês de agosto de 2014-sem restrições (continuação).

Descritores utilizados	Números de artigos encontrados	
	Pubmed	*BVS
Child Abuse AND Neglect AND Cognitive Functioning	30	364
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Functioning	2	20
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Impairment	1	3
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Deficit	0	17
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND Cognitive Abilities	0	2
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND WAIS III	0	0
Child Abuse AND Neglect AND Aggression AND WAIS	0	0
Child Abuse AND Neglect AND WAIS III	0	0
Child Abuse AND Neglect AND WAIS	0	0
Trauma Early in Life AND Cognitive Abilities	9	7
Trauma Early in Life AND Cognitive Deficit	10	11
Trauma Early in Life AND Cognitive Impairment	28	32
Trauma Early in Life AND Cognitive Functioning	33	80
Trauma Early in Life AND WAIS III	0	0
Trauma Early in Life AND WAIS	0	0

\*Biblioteca Virtual em Saúde.

Na tabela 1, pode-se observar as estratégias de busca na literatura, não sendo utilizado limites em ambas as bases de dados. A partir das buscas realizadas, foram selecionados, inicialmente, 16 e 20 estudos nas bases de dados da BVS e da Pubmed, respectivamente. Contudo, 8 estudos foram identificados em ambas as bases de dados totalizando em 28 estudos que corresponderam o tema do projeto. Destes, 10 foram

realizados com crianças/adolescentes. Do total de 18 estudos, até o momento foram avaliados quatro artigos que abrangessem trauma na infância juntamente com desempenho cognitivo em populações (saúde mental) e faixa etária semelhante a do estudo que será realizado. Além disso, foram verificadas listas de referências dos artigos selecionados e no total mais nove artigos foram acrescentados.

## 6.2 Quadros de revisão

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Majer M, et al. (2010) <b>EUA</b>  <i>BMC Neurology</i></p>	<p>Avaliar a associação entre a exposição ao trauma na infância e função cognitiva em adultos saudáveis.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Estudo transversal (piloto) <i>Participantes:</i> 47 adultos saudáveis—sem doença médica e/ou psiquiátricas (atuais ou ao longo da vida) e que não usavam psicotrópicos. <i>Captação da amostra:</i> Os 47 adultos foram selecionados a partir da amostra de um estudo maior com 227 indivíduos que participaram de um estudo caso-controle sobre a síndrome da fadiga crônica. <i>Crítérios de exclusão:</i> Doença médica e/ou psiquiátrica <i>Instrumentos:</i> <i>Diagnostic Interview Schedule (DIS)</i> para transtornos psiquiátricos do eixo I, além de <i>Zung Self rating Depression Scale</i> para verificar depressão e <i>Spielberger State-Trait-Anxiety Inventory</i> para verificar ansiedade. <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i> <i>Wide-Range-Achievement-Test (WRAT-3)</i>-subteste de leitura e <i>Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)</i> para avaliar a função cognitiva.</p>	<p><i>Abuso emocional:</i> Esteve significativamente associado com prejuízos no desempenho da memória de trabalho (espacial). <i>Negligência física:</i> Apresentou correlação estatisticamente significativa com o desempenho da memória de trabalho (espacial) e memória de reconhecimento de padrões. <i>Abuso sexual e negligência física:</i> Foram associados negativamente com o subteste de leitura, no entanto, a associação não alcançou o nível de significância de <math>p &lt; 0,01</math>.</p>	<p>Os resultados sugerem que a negligência física e abuso emocional podem estar associados com déficits de memória na idade adulta. <i>Tamanho da amostra:</i> Pequeno, o que pode ter influenciado nos resultados. Por isso optaram por um nível de significância de <math>p &lt; 0,01</math> entre as associações. <i>Amostra:</i> Apenas saudáveis.</p>

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Syal S, et al. (2014) África do Sul</p> <p><i>Metabolic Brain Disease</i></p>	<p>Avaliar o impacto do trauma na infância na cognição espacial em uma amostra de adultos jovens saudáveis, controlando para os possíveis efeitos mediadores de adversidade e qualquer sintomatologia psiquiátrica. Além de testar as diferenças sexuais em potencial sobre o impacto do trauma na infância no desempenho cognitivo espacial.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Transversal (piloto) <i>Participantes:</i> 55 Sul-Africanos, alunos de graduação da Universidade da Cidade do Cabo, entre as idades de 18 e 33 anos. <i>Captação da amostra:</i> Foram recrutados como parte de um estudo mais amplo sobre os efeitos da administração de opióides na função cognitiva e afetiva em uma população com exposição ao trauma na infância. <i>Crítérios de exclusão:</i> <u>Estudo maior:</u> asmáticos, usuários de medicamentos psicotrópicos ou outros agentes e contraindicações para ressonância magnética funcional (MRI). <u>Estudo em questão:</u> Apresentar alguma psicopatologia e/ou sintomas depressivos. <i>Instrumentos:</i> Mini-International Neuropsychiatric Interview versão 5.0 (MINI), <i>Beck's Depression Inventory Second Edition</i> (BDI), <i>Childhood trauma questionnaire short form</i> (CTQ-SF), <i>Life events questionnaire</i> (LEQ) e <i>CANTAB</i> (foram aplicadas 4 tarefas de memória visuo-espacial).</p>	<p>Não houve diferenças entre os grupos com e sem trauma na infância (TI) com relação à idade e sexo. <i>Grupo com TI:</i> o abuso emocional e a negligência emocional foram significativamente maiores entre as mulheres do que nos homens. Observou-se um efeito significativo da história de trauma no padrão de aprendizagem espacial, sendo o melhor desempenho nos homens, e pior nas mulheres, em relação ao grupo sem TI.</p>	<p><i>Tamanho da amostra:</i> Relativamente pequeno. Os autores consideraram como estudo piloto. <i>Amostra:</i> Saudáveis <i>Limitação dos resultados:</i> Apenas universitários <i>Foram divididos em grupos</i> Sem TI- sem evidência ou uma única "baixa a moderada" de trauma em qualquer uma das subescalas do CTQ-SF Com TI- pelo menos uma "moderada a grave". Avaliou trauma adulto como mediador potencial dos efeitos da adversidade da infância na cognição espacial.</p>



Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Gould F, et al. (2012) EUA  <i>Journal of Psychiatric Research</i></p>	<p>Avaliar se as dimensões dos déficits cognitivos diferem de acordo com o subtipo de trauma na infância.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Transversal <i>Participantes:</i> 93 indivíduos, com idades entre 18 e 45 anos, com ou sem exposição a TI e com ou sem diagnóstico de transtorno depressivo maior e/ou TEPT. Nenhum dos participantes estava recebendo psicoterapia ou medicamentos. <i>Captção da amostra:</i> Foram recrutados no <i>Conte Center for the Psychobiology of Early - Life Trauma</i> e a partir de respostas a publicidade nos jornais locais e no sistema de transporte público e posteriormente selecionados de acordo com os critérios do estudo. <i>Crítérios de exclusão:</i> Doença médica instável atual, história de psicose ou transtorno bipolar, abuso de álcool ou outras substâncias dentro de 6 meses, tabagismo pesado (&gt; 20 cigarros/dia) ou distúrbios alimentares no ano anterior. <i>Instrumentos:</i> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)</i>, <i>Hamilton Depression Rating Scale, 21-item version (HAM-D-21)</i>, <i>CANTAB</i>, <i>Wide Range Achievement Teste - subteste de leitura e CTQ</i>.</p>	<p><i>Abuso/Negligência emocional</i> Esteve mais associado à memória visual, funcionamento executivo e déficits de funcionamento emocional. <i>Abuso/Negligência física</i> Influenciou o funcionamento executivo, velocidade de processamento e os déficits de funcionamento emocional. <i>Abuso sexual</i> Esteve mais associado a prejuízo no funcionamento executivo e déficits de memória de trabalho espacial.</p>	<p><i>Amostra:</i> incluiu significativamente mais mulheres do que homens. Os sintomas depressivos não estiveram associados ao desempenho cognitivo <i>Foram divididos em grupos</i> Expostos ao TI - notas de corte “moderado-grave” classificados como positivo em qualquer subescala do CTQ Não expostos ao TI - classificados como negativos em todas as subescala. Não teve grupo de expostos ao TI sem depressão ou TEPT. Não teve grupo de não expostos ao TI com depressão.</p>

Autor (ano) País Revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Bücker J, et al. (2012) <b>Canadá</b></p> <p><i>Journal of Affective Disorders</i></p>	<p>Analisar o impacto do trauma na infância sob a função cognitiva em pacientes que recentemente se recuperaram de seu primeiro episódio maníaco, em comparação com indivíduos saudáveis.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Transversal</p> <p><i>Participantes:</i> Pacientes com idades entre 16-34 que tiveram seu primeiro episódio de mania e que também podem ter apresentado história de comorbidade de abuso de substâncias ou álcool (N=64). Voluntários saudáveis foram pareados aos pacientes em idade, sexo e QI (N=28).</p> <p><i>Captação da amostra:</i> *<u>Pacientes em 1º episódio maníaco</u> - que apresentavam o transtorno bipolar I foram recrutados a partir do Programa de Tratamento para episódios de Mania no Hospital Ciências da Saúde Centro em Vancouver e sites afiliados, bem como da comunidade e hospitalares referências de médicos e psiquiatras. <u>Saudáveis</u>-foram recrutados por anúncio da mesma área geográfica.</p> <p><i>Crítérios de exclusão:</i> Foram excluídos os voluntários do grupo saudável que tivessem uma história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico maior do Eixo I.</p> <p><i>Instrumentos:</i> MINI, Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale, 29-item version (HAM-D-29). CTQ. <i>Subtestes dos instrumentos de avaliação cognitiva:</i> North American Adult Reading Test, Kaufman Brief Intelligence Test, Trial-Making Test, Stroop Color and Word Test, CANTAB, WAIS III, CVLT-II .</p>	<p>O TI esteve associado a um pior desempenho cognitivo nas medidas de QI dos pacientes, especialmente na atenção auditiva, memória verbal e de trabalho. Saudáveis: O TI esteve associado a um pior desempenho da memória não verbal e funcionamento executivo.</p>	<p>Os Sintomas depressivos e maníacos não influenciaram na associação do TI com prejuízo cognitivo</p> <p>O TI esteve associado com maior prejuízo da cognição de pacientes em comparação com indivíduos saudáveis.</p> <p>Pacientes com TI tiveram pior desempenho na tarefa de atenção auditiva do que os sem TI</p> <p><i>Foram divididos em grupos</i></p> <p>**Pacientes com TI</p> <p>Pacientes sem TI</p> <p>Saudáveis sem TI</p> <p>**Saudáveis com TI</p> <p>**se uma ou mais subescala do CTQ preenchesse os critérios de corte “moderado-grave”.</p>

### 6.3 Fundamentação teórica

A literatura tem sugerido que o trauma na infância interage com o desenvolvimento do cérebro, causando mudanças de longa duração no seu desenvolvimento e no seu funcionamento<sup>26</sup>. Diante disso, há evidências de que as vivências traumáticas na infância estão associadas a transtornos psiquiátricos<sup>20</sup> e a prejuízos no desempenho cognitivo ao longo da vida<sup>14,22,24,25</sup>.

Com relação à saúde mental, especificamente aos transtornos de humor (TH), tem sido verificada a associação entre a história de trauma na infância e diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM) na vida adulta<sup>21,35</sup>. Além disso, estudos mostram que a gravidade das diferentes formas de maus-tratos está associada com o comportamento suicida ao longo da vida e que, principalmente, o abuso emocional está altamente relacionado à recorrência do episódio<sup>35</sup>. Evidências sugerem que o quadro clínico observado entre os adultos que foram expostos a esse tipo de trauma pode ser explicado por mudanças neurobiológicas que ocorrem no cérebro em desenvolvimento<sup>21</sup>.

No que se refere ao transtorno bipolar (TB), a literatura tem sugerido que a vivência de traumas graves durante a infância pode precipitar a expressão de TB em jovens geneticamente vulneráveis, independente das diversas formas de maus-tratos, além de agravar o curso deste transtorno<sup>22,23</sup>. Ademais, a ocorrência de abuso físico e sexual tem sido associada ao aumento do número de episódios de humor<sup>36</sup>. Quando comparados a indivíduos unipolares, é verificado que o abuso sexual é significativamente mais frequente nos indivíduos com diagnóstico de TB<sup>15</sup>. Já quando comparados a controles saudáveis, jovens com TB apresentam uma maior prevalência de abuso emocional, sendo esse associado ao transtorno<sup>37</sup>. Contudo a literatura também evidencia alta prevalência dos diferentes subtipos de trauma entre adultos jovens saudáveis<sup>14,24</sup>.

Quanto aos efeitos das vivências traumáticas durante a infância sobre a cognição na vida adulta, é evidenciado na literatura que os diferentes subtipos de trauma, como: abuso/negligência física, abuso/negligência emocional e abuso sexual estão associados a prejuízos no desempenho cognitivo na vida adulta, tanto nos indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos<sup>26,22</sup> como nos indivíduos saudáveis<sup>14,24</sup>. No que diz respeito ao impacto das vivências traumáticas na infância em relação ao gênero de adultos jovens, a literatura evidencia que indivíduos saudáveis e com transtornos psiquiátricos do sexo

feminino apresentam nível significativamente maior de traumas de infância em relação aos do sexo masculino<sup>14-16,34</sup>. Por conseguinte, um estudo que verificou subtipos de vivências traumáticas na infância, em adultos jovens saudáveis, evidenciou que o abuso emocional e a negligência emocional foram significativamente maiores entre as mulheres, além da história de trauma ter um efeito negativo significativo no padrão de aprendizagem espacial específico ao gênero feminino<sup>14</sup>.

No tocante ao impacto dos diferentes subtipos de vivências traumáticas sobre as funções cognitivas na idade adulta, estudo destinado a adultos jovens saudáveis verificou através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e da *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* (CANTAB) que o abuso emocional esteve significativamente associado com prejuízos no desempenho da memória de trabalho espacial. Também foi encontrada uma associação significativa entre a negligência física e um pior desempenho da memória de trabalho espacial, bem como da memória de reconhecimento de padrões<sup>24</sup>. Outro estudo realizado com esses instrumentos de avaliação verificou que o abuso/negligência emocional esteve associado a prejuízos na memória visual, funcionamento executivo e déficits do funcionamento emocional. Quanto ao abuso/negligência física, esse esteve associado a prejuízos no funcionamento executivo, velocidade de processamento e déficits do funcionamento emocional. Já em relação ao abuso sexual, prejuízos no funcionamento executivo e déficits de memória de trabalho espacial estiveram associados a este tipo de abuso<sup>25</sup>.

Como mencionado anteriormente, a literatura tem evidenciado que indivíduos com transtornos psiquiátricos apresentam altos níveis de traumas de infância<sup>22,26</sup>, além da ocorrência ser maior quando comparada com a população geral<sup>37</sup>. Estudo realizado com adultos jovens com TB e saudáveis verificou que o trauma na infância teve um maior impacto sobre os prejuízos cognitivos, especificamente, nas medidas de QI, atenção auditiva, memória verbal e de trabalho no grupo diagnóstico ao ser comparado com o controle<sup>22</sup>. No entanto também foi evidenciado déficits no funcionamento executivo e na memória não verbal associados a vivências traumáticas na infância em indivíduos saudáveis<sup>22</sup>.

A literatura ainda ressalta a ocorrência de maior prejuízo cognitivo entre adultos jovens com TB com trauma na infância ao serem comparados com os indivíduos com TB sem essa história de trauma<sup>22</sup>. Além disso, estudos evidenciaram que os sintomas depressivos e maníacos de adultos jovens não influenciaram na associação entre o trauma na infância e o prejuízo cognitivo<sup>22,25</sup>.

Diante os estudos apresentados, verifica-se que embora seja evidenciada a relação de traumas na infância com prejuízos no desempenho cognitivo na vida adulta, a maioria dos resultados abordados se limitam a amostras relativamente pequenas. Além disso, grande parte dos estudos é realizada em países desenvolvidos, sendo escassos os estudos com essa problemática no Brasil, visto que a maioria desses são realizados com crianças e adolescentes.

Desta forma, verifica-se a necessidade de delinear os prejuízos cognitivos em adultos jovens associados a vivências traumáticas na infância, visto que tais vivências poderão acarretá-los, bem como agravá-los. Visando assim, o desenvolvimento de estratégias de intervenções direcionadas a minimizar os efeitos adversos que essa problemática causa na vida dos adultos jovens tanto nas áreas sociais, educacionais<sup>17,18</sup>, bem como, econômicas<sup>19</sup>.

## **7. Método**

### **7.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal aninhado ao estudo de coorte intitulado “Fatores psicossociais e biológicos no transtorno bipolar: uma coorte populacional com jovens”.

### **7.2 Participantes**

Adultos jovens com idades entre 23 e 30 anos de idade que participaram da fase 2 e que concluíram a primeira etapa da fase 3 (estudo maior).

#### **7.2.1 Critérios de inclusão**

- Ter participado do estudo populacional;
- Ter completado a avaliação clínica diagnóstica da segunda avaliação;
- Apresentar diagnóstico de transtorno bipolar ou de transtorno depressivo maior ou ainda, ter sido sorteado no pareamento para compor o grupo controle.

#### **7.2.2 Critérios de exclusão**

Apresentar sintomas psicóticos avaliados através da entrevista clínica estruturada para o DSM IV *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI-Plus)<sup>38</sup>, e/ou retardo mental, isto é, Quociente de Inteligência (QI) abaixo de 70 obtido através da Escala Wechsler de Inteligência para adultos 3ª edição (WAIS III)<sup>39</sup>.

### **7.3 Logística do estudo**

Este estudo foi dividido em três fases, descritas a seguir:

**Fase 1** (2007-2009) – No estudo de base populacional 1762 jovens de 18 a 24 anos de idade, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS, foram identificados por conglomerados. Destes, 1560 responderam aos instrumentos do estudo.

**Fase 2** (2010) – 273 jovens provenientes do estudo de base populacional foram pareados, de acordo com o sexo e idade, em três grupos: com episódio de mania atual

ou passado; episódio depressivo sem história de mania ou hipomania; e um grupo populacional de jovens sem história prévia de episódios de alteração de humor. Dos 273 jovens pareados, 231 foram reavaliados através de entrevista clínica diagnóstica e foram classificados da seguinte forma: 55 com TB, 82 com TDM e 94 foram considerados controles populacionais (sem história de transtornos de humor).

**Fase 3 (2012-2014)**– Os 1560 jovens avaliados na primeira fase do estudo, após 60 meses da primeira avaliação, foram reavaliados, incluindo a avaliação de vivências traumáticas na infância, totalizando 1249 respondentes. Logo após, os adultos jovens que participaram da fase 2 e que concluíram a primeira etapa da fase 3 serão avaliados quanto ao desempenho cognitivo.

#### **7.4 Cálculo amostral**

O objetivo geral deste estudo visa correlacionar a frequência de vivências traumáticas na infância com os índices fatoriais da WAIS III de adultos jovens. Para o cálculo da amostra foi utilizado  $\alpha$  bilateral=0,05 e  $\beta$ =0,20. Assim, para testarmos uma correlação de 0,30 são necessários 85 adultos jovens, enquanto, para o teste de uma correlação de 0,40 o n amostral necessário é de 47 sujeitos.

Como a amostra deste estudo está previamente estabelecida, não foi realizado o teste t para o cálculo amostral do terceiro e quarto objetivo específico. No entanto, para todas as associações testadas será apresentado o *effect size*.

#### **7.5 Definição das variáveis**

##### Variável dependente

Desempenho cognitivo: WAIS III - serão considerados quatro desfechos: ICV, IOP, IMO e IVP - Contínua

##### Variáveis independentes

1. Sexo: masculino/feminino – Dicotômica
2. Idade em anos completos – Discreta
3. Escolaridade: em anos de estudo concluídos – Discreta
4. Vive com companheiro: sim/não – Dicotômica

5. Classificação econômica: critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008) – A+B / C+D+E – Dicotômica
6. Trabalho: sim/não – Dicotômica
7. Dominância manual: destro/sinistro – Dicotômica
8. Vivências de trauma na infância: *Childhood Trauma Questionnaire* – Contínua
9. Com/sem vivências traumáticas durante a infância: *Childhood Trauma Questionnaire* – Dicotômica
10. Com/sem vivências traumáticas de acordo com os cinco subtipos de trauma na infância – Dicotômica
11. Grupo diagnóstico: transtornos de humor (transtorno bipolar ou depressão) /ausência de transtornos de humor – MINI-Plus – Dicotômica
12. Tempo de doença: em anos – Discreta
13. Uso de psicofármacos: sim/não – Dicotômica

## **7.6 Instrumentos**

### **7.6.1 *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus – (MINI-Plus)**

Para o diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno depressivo maior foi utilizada a MINI-Plus que é uma entrevista clínica estruturada para o DSM-IV. Esse instrumento é uma versão mais detalhada da MINI. Explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da CID-10, além de gerar diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. Essa entrevista é organizada por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivo.

Explora os transtornos atuais e passados, sendo a cotação das questões das sessões diagnósticas administradas de forma dicotômica, referente a concordar ou não com a ocorrência dos sintomas. Com exceção da sessão de transtornos psicóticos, todas as demais sessões diagnósticas permitem excluir o diagnóstico em caso de uma ou duas respostas negativas nas questões iniciais que exploram os critérios obrigatórios de cada transtorno. A disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas. Além disso, fornece algoritmos integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista<sup>38</sup>.



### **7.6.2 Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - 3ª edição (WAIS III)**

A escala WAIS III, validada para população brasileira por Nascimento (2004)<sup>39</sup>, será utilizada para avaliar o desempenho cognitivo. Trata-se de um teste de avaliação clínica de capacidade intelectual destinado a adultos na faixa de 16 a 89 anos. É composto de 14 subtestes organizados em duas escalas (Verbal e Execução). Para pontuação do WAIS III, inicialmente se obtém os escores brutos de cada subteste e posteriormente, estes são transformados em escores ponderados de acordo com a faixa etária de cada examinando. O instrumento fornece três escalas de Quociente de Inteligência (QI Verbal, QI Execução e QI Total), que são obtidas através da soma dos escores ponderados do examinando nos subtestes relevantes. Para a Escala Verbal são incluídos os escores dos subtestes: Vocabulário, Semelhanças, Aritmética, Dígitos, Informação e Compreensão. Já para a Escala de Execução são considerados os escores dos subtestes: Completar Figuras, Códigos, Cubos, Raciocínio Matricial e Arranjo de Figuras. A Escala Total engloba os escores dos 11 subtestes.

Além disso, fornece quatro Índices Fatoriais denominados: Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Organização Perceptual (IOP), Índice de Memória Operacional (IMO) e Índice de Velocidade de Processamento (IVP). Cada um dos Índices é calculado a partir da soma dos escores ponderados do examinando nos subtestes relevantes. Para o Índice de Compreensão Verbal são considerados os escores dos subtestes: Vocabulário, Semelhanças e Informação. Com relação ao Índice de Organização Perceptual, são incluídos os escores dos subtestes: Completar Figuras, Cubos e Raciocínio Matricial. Já o Índice de Memória Operacional abrange os escores dos subtestes: Aritmética, Dígitos e Sequências de Números e Letras. Para o Índice de Velocidade de Processamento são incluídos os escores dos subtestes: Códigos e Procurar Símbolos. Devido a aplicação do subteste Armar Objetos ser opcional, por não computar nos escores de QI nem mesmo nos de Índices Fatoriais, esse subteste não será aplicado.

### **7.6.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Para avaliar as vivências de trauma na infância, foi utilizada a escala CTQ, adaptada para o Brasil por Grassi-Oliveira, *et al.* (2006)<sup>40</sup>. Este instrumento é autoaplicável e avalia história de abuso e/ou negligência durante a infância de

adolescentes, a partir de 12 anos, e adultos. É composto por 28 itens que verificam cinco componentes traumáticos incluindo o abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. Os itens são pontuados em uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1 = nunca, 2 = poucas vezes, 3 = às vezes, 4 = muitas vezes e 5 = sempre. A pontuação total do CTQ leva em consideração a frequência das diversas formas de abuso e/ou negligência. Além disso, para responder aos objetivos 3 e 4 deste projeto, pretende-se utilizar a sintaxe do CTQ para SPSS que gera uma variável dicotômica para definir a presença/ausência de trauma durante a infância e de cada um dos cinco subtipos de trauma.

#### **7.6.4 Classificação econômica**

A classificação econômica foi avaliada através dos critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008)<sup>41</sup>. Este instrumento mensura o nível econômico através do acúmulo de bens materiais e da escolaridade do chefe da família, classificando em cinco níveis (A, B, C, D e E), sendo “A” a classificação mais alta e “E” a classificação mais baixa.

#### **7.7 Seleção e treinamento de pessoal**

Foram selecionadas psicólogas discentes do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (PPG Saúde e Comportamento da UCPel), as quais foram treinadas por doutorandas para fazerem a avaliação diagnóstica (MINI- Plus) dos adultos jovens do estudo de coorte. No que diz respeito à avaliação do desempenho cognitivo desses, foram selecionados para aplicação do instrumento WAIS III bolsistas de iniciação científica (IC) que já tenham cursado a disciplina Técnicas Psicométricas do curso de Psicologia e psicólogas discentes do PPG Saúde e Comportamento da UCPel. O treinamento para o manuseio desse instrumento foi ministrado por uma doutoranda com experiência na aplicação do teste.

Posteriormente, a esses treinamentos as psicólogas e os bolsistas de IC realizaram um piloto aplicando os instrumentos no responsável pelo treinamento, possibilitando verificar o desempenho de cada um dos avaliadores e promover as devidas correções. Serão realizadas semanalmente reuniões como o objetivo de

esclarecer dúvidas e aperfeiçoar a aplicação dos instrumentos. A correção da WAIS III será realizada pela doutoranda com experiência no teste.

## **7.8 Coleta de dados**

Os adultos jovens que foram avaliados quanto à saúde mental no estudo de base populacional (fase1) foram localizados, após 60 meses do término desse estudo, por um grupo de bolsistas de IC treinados que foram responsáveis por explicar a nova fase do estudo (fase 3) e convidá-los a participar. Dos que foram reavaliados na primeira etapa da fase 3, incluindo a avaliação de vivências traumáticas na infância, e que já foram pareados (fase 2) serão convidados, por meio de contato telefônico, a participar da avaliação cognitiva, a qual será agendada para ser realizada por psicólogas e bolsistas de IC do curso de Psicologia no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

## **7.9 Processamento e análise de dados**

A coleta de dados foi realizada no programa Open Data Kit (ODK), instalado em tablets, exceto a avaliação do desempenho cognitivo que será realizada através dos protocolos de aplicação do teste WAIS III. Os dados coletados no ODK foram transferidos para um HD externo, a fim de garantir a segurança dos dados. Os protocolos do WAIS III serão duplamente digitados no programa Epi Info 6.04d. Para comparação e eliminação de inconsistências será utilizado o comando VALIDATE.

A análise dos dados será realizada no programa SPSS 21.0. A apresentação das medidas de posição e dispersão da amostra será realizada de acordo com a distribuição das variáveis na curva de Gauss. Se a distribuição dos dados for normal os mesmos serão apresentados por média e desvio padrão e a análise indutiva será processada através do teste t e correlação de Pearson. Caso contrário, os dados serão apresentados por medianas e intervalos interquartis, enquanto os testes de associações serão realizados por Wilcoxon e correlação de Spearman.

Através de um modelo de Regressão Linear será testado o efeito das vivências traumáticas sob o desempenho cognitivo dos jovens adultos, ajustado para o grupo diagnóstico e todas as variáveis independentes associadas à exposição e desfecho com

um p-valor<0,2. Para todos os testes estatísticos serão consideradas associações significativas quando p-valor<0,05.

### 7.10 Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Todos os adultos jovens selecionados para participarem deste estudo serão informados sobre os objetivos da pesquisa. Concordando com a participação, eles assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados quanto à confidencialidade de seus dados e sobre o cuidado que se terá em relação às informações apresentadas no estudo e nas publicações científicas, visando à manutenção da privacidade dos participantes.

Todos os adultos jovens identificados com algum transtorno mental na primeira etapa da fase 3 foram encaminhados para os serviços de saúde de acordo com a demanda. Além disso, todos os adultos jovens que participarem de avaliação cognitiva, posteriormente, receberão a devolução do seu desempenho nessa avaliação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, sob o protocolo de número 2011/46.

### 7.11 Cronograma–2013/2014 e 2015

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Revisão de literatura			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto					X	X	X	X																	
Coleta de dados da fase 3 CTQ*	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Coleta de dados da fase 3 WAIS III**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Correção do instrumento WAIS III**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Processamento e análise dos dados															X	X	X	X							
Redação do artigo																			X	X	X	X	X	X	X
Defesa																									X

O mês 1 refere-se a dezembro de 2013.

\* Iniciou em maio de 2012; \*\* Iniciou em março de 2013.

## 7.12 Orçamento

<b>Itens</b>	<b>Valor individual</b>	<b>Valor total</b>
Questionário para avaliação das vivências traumáticas na infância (CTQ)–Tablet	R\$ 950,00	R\$ 7.600,00
Teste utilizado para avaliação cognitiva – Escala de Inteligência Wechsler para adultos 3ª edição (WAIS III)	R\$ 980,00	R\$ 980,00
Materiais como: lápis, apontador, envelopes, cronômetro, folhas de respostas	R\$ 9,90	R\$ 99,00
Ajuda de custo para locomoção dos participantes	R\$ 20,00	R\$ 4.620,00
<b>Total</b>		<b>R\$13.299,00</b>

\* Projeto com recursos da FAPERGS e CNPq.

## 8. Referências

1. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, Zwanzger P, Lenzen T, Grote-gerd D, Domschke K, Hohoff C, Ohrmann P, Bauer J, Lindner C, Postert C, Konrad C, Arolt V, Heindel W, Suslow T, Kugel H. Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*. 2012; 71 (4): 286–93.
2. Bücker J, Kapczinski F, Post R, Ceresér K M, Szobot C, Yatham LN, Kapczinski NS, Kauer-Sant'Anna M. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53:758–64.
3. Yang ZN, Pan JP, Collaborative Group for Survey of Neglect in 3 - 6 Years Old Urban Children. Investigation and analysis of child neglect in 1163 urban children aged 3 - 6 years. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2003; 41 (7): 501–7.
4. Pears KC, Kim HK, Fisher PA. Psychosocial and Cognitive Functioning of Children with Specific Profiles of Maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2008; 32 (10): 958–71.
5. Sesar K, Živčić-Bećirević I, Sesar D. Multi-type Maltreatment in Childhood and Psychological Adjustment in Adolescence: Questionnaire Study Among Adolescents in Western Herzegovina Canton. *Croat Med J*. 2008; 49: 243–56.
6. Buckle SK, Lancaster S, Powell MB, Higgins DJ. The relationship between child sexual abuse and academic achievement in a sample of adolescent psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect*. 2005; 29: 1031–47.
7. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: 631–43.
8. Enlow MB, Egeland B, Blood E, Wright R O, Wright R J. Interpersonal Trauma Exposure and Cognitive Development in Children to Age 8 Years: A Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66 (11): 1005–10.

9. Hanson J L, Adluru N, Chung MK, Alexander AL, Davidson RJ, Pollak SD. Early Neglect Is Associated With Alterations in White Matter Integrity and Cognitive Functioning. *Child Development*. 2013; 84 (5): 1566–78.
10. De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreat*. 2013; 18 (3): 171–183.
11. Spann MN, Mayes LC, Kalmar JH, Guiney J, Womer FY, Pittman B, Mazure CM, Sinha R, Blumberg HP. Childhood Abuse and Neglect and Cognitive Flexibility in Adolescents. *Child Neuropsychol*. 2012; 18 (2): 182–9.
12. Mills R, Alati R, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W, Strathearn L. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. *Pediatrics*. 2011; 127 (1): 4–10.
13. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Dev*. 1984; 55 (3): 794–802.
14. Syal S, Ipser J, Phillips N, Thomas KGF, van der Honk J, Stein D J. The effect of childhood trauma on spatial cognition in adults: a possible role of sex. *Metabolic Brain Disease*. 2014; 29 (2): 301–10.
15. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000; 2: 131–5.
16. Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34: 95–104.
17. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect*. 1994; 18: 617–33.

18. Boden JM, Horwood LJ, Fergusson DM. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: 1101–14.
19. Zielinski DS. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*. 2009; 33: 666–78.
20. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65:18–28.
21. Kuhlman KR, Maercker A, Bachem R, Simmen K, Burri A. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37: 969–78.
22. Bücker J, Kozicky J, Torres IJ, Kauer-Sant’anna M, Silveira LE, Bond DJ, Lam RW, Yatham LN. The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: Data from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM). *Journal of Affective Disorders*. 2013; 148: 424–430.
23. Goldberg JF, Garno JL. Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*. 2009; 11: 205–8.
24. Majer M, Nater Urs M, Lin Jin-Mann S, Capuron L, Reeves WC. Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. *BMC Neurology*. 2010; 61:1–10.
25. Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46: 500–6.



26. Aas M, Steen NE, Agartz I, Aminoff S R, Lorentzen S, Sundet K, Andreassen OA, Melle I. Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Research*. 2012; 198: 495–500.
27. Shannon C, Douse K, McCusker C, Feeney L, Barrett S, Mulholland C. The Association Between Childhood Trauma and Memory Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2011; 37 (3): 531–7.
28. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Birkenaes AB, Engh JA, Hansen CF, Jónsdóttir H, Ringen PA, Opjordsmoen S, Friis S, Andreassen OA. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. *Bipolar Disorders*. 2008; 10: 245–55.
29. Solé B, Bonnin CM, Torrent C, Balanzá-Martínez V, Tabarés-Seisdedos R, Popovic D, Martínez-Arán A, Vieta E. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012; 125: 309–17.
30. Helvin T, Sundet K, Simonsen C, Aminoff SR, Lagerberg TV, Andreassen OA, Melle I. Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorders. *Bipolar Disorders*. 2012; 14: 227–238.
31. Godard J, Baruch P, Grondin S, Lafleur MF. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: A 12-month prospective study. *Psychiatry Research*. 2012; 196:145–53.
32. Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant’Anna M, Frey BN, Grassi-Oliveria R, Colom F, Berk M. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother*. 2009; 9(7): 957–66.
33. Castaneda, A.E, et al. Cognitive functioning in a population-based sample of young adults with history of non-psychotic unipolar depressive disorders without psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 110: 36-45.

34. Aas M, Dazzan P, Fisher HL, Morgan C, Morgan K, Reichenberg A, Zanelli J, Fearon P, Jones PB, Murray RM, Pariante CM. Childhood trauma and cognitive function in first-episode affective and non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*. 2011; 129: 12–19.
35. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin*. 2002; 66: 241–58.
36. Larsson S, Aas M, Klungsoyr O, Agartz I, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Rossberg JI, Melle I, Andreassen OA, Lorentzen S. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:2–9.
37. Etain B, Mathieu F, Henry C, Raust A, Roy I, Germain A, Leboyer M, Bellivier F. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2010; 23: 376–83.
38. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras Psiquiatr*. 2000; 22 (3): 106-15.
39. Nascimento E. WAIS-III – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: Adaptação padronizada de uma amostra brasileira (3. ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo;2004.
40. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (2): 249-55.
41. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2008. Acessado em: 14 de junho de 2014. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org).

## **ANEXOS**

## **Anexo – A: Termo de consentimento livre e esclarecido**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **Informações sobre o estudo ao participante**

*Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.*

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

#### **Qual é o objetivo da pesquisa?**

Com este estudo buscamos compreender quais são os fatores envolvidos na saúde e comportamento dos jovens que podem pré-determinar algumas doenças. Com a coleta de sangue poderemos entender melhor quais são as substâncias envolvidas na determinação de doenças ou transtornos.

#### **Como o estudo será realizado?**

Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual será retirado 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função.

#### **Existem riscos em participar?**

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função dos transtornos de humor.

**Itens importantes:**

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste hospital.

**O que eu ganho com este estudo?**

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora dos transtornos, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

**Quais são os meus direitos?**

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

**DECLARAÇÃO:**

Eu, .....declaro  
que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.

7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Para maiores informações entre em contato com Thaíse Mondin pelos telefones:  
81284090 – Karen Jansen pelo telefone: 81186112 – Ricardo Silva 91330050

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento  
Universidade Católica de Pelotas  
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo – B: *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (*MINI-Plus*)

# **M.I.N.I. PLUS +**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM-IV-TR**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil): P. Amorim*  
*Correção: Cláudio Drews Jr.*

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (p. 348)

( → SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALARNÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
		<b>SE A1a = SIM:</b>			
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
		<b>SE A1a = SIM:</b>			
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
		<b>A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?</b>	→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.  
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

### A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

			Episódio Atual		Episódio		
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	
<u>Passado</u>							
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ±3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG)	NÃO	SIM	NÃO	SIM		5
	<small>COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO</small>						
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM		6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM		7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM		8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM		9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ?  NÃO  SIM



		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
		NÃO	SIM	NÃO	SIM	
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	SIM	NÃO	11
A4	HÁ 3 ou MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (ou 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a ou A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO ou SE A1b ou A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.

SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12
----	--	-----	-----	-----	-----	----

SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?					
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13

SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A 6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?  
 Não  Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?  
 Não  Sim

*NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ?( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).*

**A7 (SUMÁRIO):** UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A 6 E A 7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A8 CO TARSIM SE A7 (SUMÁRIO)= SIM ou INCERTO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<b>Episódio Depressivo Maior</b>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância (p. 397)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

### CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais, esses problemas de depressão ?  Idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ?  16
- A13 Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor?  16b

## D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO (p. 355/362)

( → SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? NÃO SIM 1  
(NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO(A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA:

Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).

SE D1a = SIM:

b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia? NÃO SIM 2

D2 a Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava NÃO SIM 3

as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?  
 Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável?  
 (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).

SE **D2a** = **SIM**:

b Sente-se, continuamente irritável atualmente? NÃO SIM 4

**D1a**OU **D2a** SÃO COTADAS “SIM” ?

→  
 NÃO SIM

D3 **SE D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL  
**SE D1bE D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

**Quando sentiu- se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :**

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio</u>		
<u>Passado</u>						
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE <b>SIM</b> : PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9
		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
<b>D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3</b>				→		
OU <b>SE D1a</b> = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU <b>D1b</b> = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?		NÃO	SIM	NÃO	SIM	

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE **D3 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D3a - D3g** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?  
 Não  Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?  
 Não  Sim

*NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).*

**D4 (SUMÁRIO):** UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12

SE **D4 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D3e D4** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM NÃO SIM 13  
COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACOS E:  
**D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO**  
E **D5 = NÃO**, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:  
**D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO**  
E **D5 = SIM** OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D8 COTAR **SIM** SE:  
**D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D9 COTAR **SIM** SE:  
**D3 (SUMÁRIO) E D4a E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

SE **D8** OU **D9 = SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

#### SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

14 NÃO	SIM
<b>Ciclagem Rápida (p. 416)</b>	

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

NÃO	SIM <sup>15</sup>
<i>Episódio Misto</i> (p. 360)	

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

NÃO	SIM <sup>16</sup>
<i>Padrão Sazonal</i> (p. 415)	

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM <sup>17</sup>
<i>Com remissão completa</i> <i>entre episódios</i> (p. 403)	

**ASSINALARA OPÇÃO QUE SE APLICA**

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO / HIPOMANÍACO / MISTO / DEPRESSIVO**

**GRAVIDADE**

- |           |                                |                          |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| <b>X1</b> | Leve                           | <input type="checkbox"/> |
| <b>X2</b> | Moderado                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>X3</b> | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| <b>X4</b> | Severo com aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| <b>X5</b> | Em remissão parcial            | <input type="checkbox"/> |
| <b>X6</b> | Em remissão completa           | <input type="checkbox"/> |

**CRONOLOGIA**

- |     |  |                            |    |
|-----|--|----------------------------|----|
| D10 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? | <input type="text"/> idade | 18 |
| D11 | Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve?               | <input type="text"/>       | 19 |

**Anexo – C: Protocolo de respostas da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos-3ª edição (WAIS III)**

**Página de Conversão dos Escores**

SUBTESTES	Escores Brutos	Escores Ponderados - ajustados por idade						Grupo de Referência Escores Ponderados
		Verbal	Exec.	ICV	IOP	IMO	IVP	
Completar Figuras								
Vocabulário								
Códigos								
Semelhanças								
Cubos								
Aritmética								
Raciocínio Matricial								
Dígitos								
Informação								
Arranjo de Figuras								
Compreensão								
Procurar Símbolos		( )						
Seqüência Números - Letras		( )						
Armar Objetos		( )						
Soma dos Escores Ponderados								
		Verbal	Exec.	ICV	IOP	IMO	IVP	

Procedimentos Opcionais		
Procedimento Opcional	Escores Brutos	% Acumulada
Códigos -- Pareamento		
Aprendizagem espontânea		
Evocação Livre		
Códigos -- Cópia		

Para % acumulada, veja a Tabela A 11 (americana)

Escala Total ( Verbal+Exec.)

Para converter os escores brutos em ponderados, consulte a Tabela A1 e A2 do anexo A

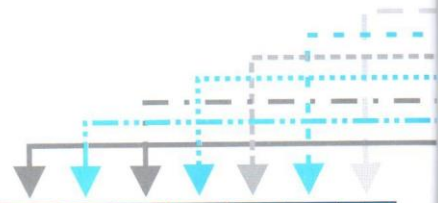
Total	<input style="width: 50px;" type="text"/>	=
+ Nº de Subtestes	<input style="width: 50px;" type="text"/>	÷
Score Médio	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Média Total

SUBTESTES	Escores Ponderados	Score Médio	Diferença da Média	Significância Estatística ____Nível	Facilidade (+)	Dificuldade (-)	Frequência da Diferença da Amostra de Padronização	Determinação das Facilidades e Dificuldades
Vocabulário								
Semelhanças								
Aritmética								
Dígitos								
Informação								
Compreensão								
Seqüência Números - Letras								
Completar Figuras								
Códigos								
Cubos								
Raciocínio Matricial								
Arranjo de Figuras								
Procurar Símbolos								
Armar Objetos								

Para determinar as facilidades e as dificuldades, veja a Tabela B3.

<input type="checkbox"/>	Diferença da Média Total
<input type="checkbox"/>	Diferença da Média Verbal e da Média de Execução
Significância estatística e frequência da diferença são fornecidas na Tabela do Manual de Aplicação	

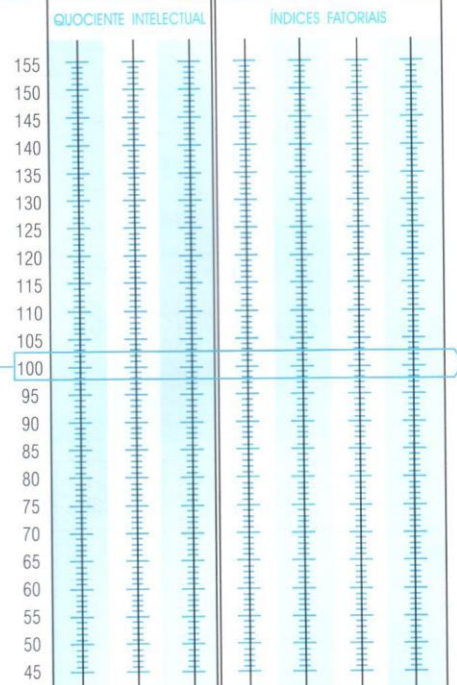
# Página de Perfil



QI / Índices Fatoriais	QIV	QIE	QIT	ICV	IOP	IMO	IVP
Soma dos escores ponderados							
QI / Índices Fatoriais							
Percentil							
Intervalo de Confiança _____ %							

Escala Verbal							Escala de Execução						
CV			MO				OP				VP		
V	S	I	C	A	D	SNL	AF	CF	CB	RM	CD	PS	AO
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Para o perfil dos subtestes, use a Escala de escores ponderados, consultar Tabela A1.



Para obtenção dos perfis de QI e índices, use as Tabelas A3 - A9.

## **Anexo – D: *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)***

### ***AUTO- APLICÁVEL***

**→ As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.**

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

**(1) nunca      (2) poucas vezes      (3) às vezes      (4) muitas vezes      (5) sempre**

Enquanto eu crescia...

1. Eu não tive o suficiente para comer. (1)(2) (3) (4) (5)
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. (1)(2) (3) (4) (5)
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. (1)(2) (3) (4) (5)
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. (1)(2) (3) (4) (5)
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. (1)(2) (3) (4) (5)
6. Eu tive que usar roupas sujas. (1)(2) (3) (4) (5)
7. Eu me senti amado (a). (1)(2) (3) (4) (5)
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. (1)(2) (3) (4) (5)
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. (1)(2) (3) (4) (5)
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. (1)(2) (3) (4) (5)
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. (1)(2) (3) (4) (5)
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. (1)(2) (3) (4) (5)
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. (1)(2) (3) (4) (5)
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me (1)(2) (3) (4) (5)



ofenderam.

15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. (1)(2) (3) (4) (5)
16. Eu tive uma ótima infância. (1)(2) (3) (4) (5)
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. (1)(2) (3) (4) (5)
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. (1)(2) (3) (4) (5)
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. (1)(2) (3) (4) (5)
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. (1)(2) (3) (4) (5)
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. (1)(2) (3) (4) (5)
22. Eu tive a melhor família do mundo. (1)(2) (3) (4) (5)
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. (1)(2) (3) (4) (5)
24. Alguém me molestou. (1)(2) (3) (4) (5)
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. (1)(2) (3) (4) (5)
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. (1)(2) (3) (4) (5)
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. (1)(2) (3) (4) (5)
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. (1)(2) (3) (4) (5)

## Anexo – E: Classificação econômica

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Pesquisa: Saúde e Comportamento de jovens da zona urbana de Pelotas, RS

REC: \_ \_ \_ \_

Data da Entrevista : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ABEP

a) Qual a escolaridade do chefe da família?

- (1) Nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto)
- (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginásial) incompleto
- (3) 1º grau (ginásial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
- (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
- (5) Nível superior completo

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

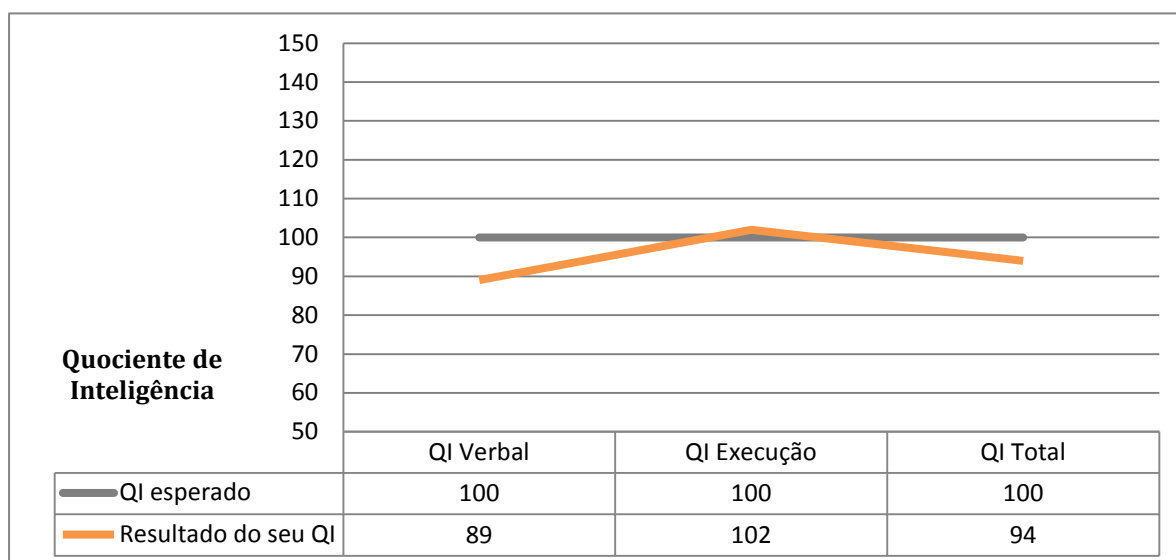
## Anexo – F: Documento de devolução aos participantes da pesquisa

Caro (a) **Paciente**, [pacientex@xxxx.com.br](mailto:pacientex@xxxx.com.br)

Obrigado pela sua participação em nossa pesquisa!

O teste que você realizou chama-se WAIS III. Ele é composto de vários subtestes, cada um medindo um aspecto diferente da sua inteligência (memória, atenção, resolução de problemas, etc). A soma destes subtestes resulta em três Quocientes de Inteligência (QI): QI Verbal, QI Execução e QI Total.

Confira os resultados do Teste de Inteligência que você realizou:



Veja a sua classificação grifada (em laranja) na tabela abaixo:

Pontuação de QI	Classificação / Interpretação
130 pontos ou acima	Superdotado
120 até 129 pontos	Muito acima do esperado
110 até 119 pontos	Acima do esperado
90 até 109 pontos	Dentro do esperado
80 até 89 pontos	Abaixo do esperado
70 até 79 pontos	Muito abaixo do esperado
69 pontos e abaixo	Muitíssimo abaixo do esperado

**O que avalia o QI Verbal?**

Avalia os conhecimentos que você adquiriu ao longo da vida, mede também seu raciocínio verbal e sua atenção.

**O que avalia o QI Execução?**

Avalia sua velocidade na tomada de decisões, velocidade para o processamento de uma informação, atenção a detalhes e integração entre o que é visto e executado.

**O que avalia o QI Total?**

É a sua capacidade intelectual global (QI Verbal + QI Execução = QI Total).

Atenciosamente,

Equipe de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

## II DECLARAÇÃO

A proposta inicial visava avaliar o impacto de vivências traumáticas na infância sobre o desempenho cognitivo de adultos jovens, tendo como mediador o diagnóstico de transtorno de humor, bem como, verificar quais os prejuízos cognitivos estariam relacionados aos subtipos de trauma na infância. Seria um estudo transversal realizado com uma subamostra proveniente de um estudo populacional, na cidade de Pelotas, que foi avaliada quanto ao desempenho cognitivo através da Escala Wechsler de Inteligência para adultos 3ª edição (WAIS-III). Contudo, devido ao número de perdas e recusas, optou-se por trocar o objetivo do estudo.

A proposta atual é um estudo transversal, mantendo o objetivo de verificar o impacto de vivências traumáticas na infância, porém, será sobre os desfechos clínicos, incluindo o funcionamento, de adultos jovens com diagnóstico de transtorno bipolar provenientes da segunda fase de um estudo de coorte intitulado “Fatores psicossociais e biológicos no transtorno bipolar: uma coorte populacional com jovens”, realizado na cidade de Pelotas.

Pelotas, 10 de Novembro de 2015.

Mestranda: Clarisse de Azambuja Farias

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature appears to be 'Karen Jansen' written in a cursive style.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Jansen

### **III ARTIGO**

## **Trauma de infância e desfechos clínicos em adultos jovens com transtorno bipolar**

Childhood trauma and clinical outcomes in young adults with bipolar disorder

Clarisse de Azambuja Farias<sup>1</sup>

Karen Jansen<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde e Comportamento, Professora da UCPel

**Autor correspondente:** Karen Jansen

Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento.

Rua Gonçalves Chaves, 377 - sala 411 prédio C. Pelotas - RS - Brasil CEP: 96015560

Fone: +55 (53) 21288404 Fax: +55 (53) 2128 8229

Email: [karenjansen315@hotmail.com](mailto:karenjansen315@hotmail.com)

## **Resumo**

**Objetivo:** Verificar o impacto de vivências traumáticas na infância nos desfechos clínicos de adultos jovens com diagnóstico de Transtorno Bipolar.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal que corresponde à segunda fase de um estudo de coorte com amostra populacional de adultos jovens, entre 23 a 30 anos, no período de 2012 a 2014. Para avaliar as vivências de trauma durante a infância, foi utilizado o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). O diagnóstico de Transtorno Bipolar foi avaliado através da *Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS* (MINI-PLUS). A severidade dos sintomas maníacos foi verificada através *Young Mania Rating Scale* (YMRS), enquanto a severidade dos sintomas depressivos por meio da *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS). O abuso/dependência de substâncias foi avaliado através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e a escala *Functioning Assessment Short Test* (FAST) foi utilizada para verificar o funcionamento.

**Resultados:** A amostra total incluiu 1259 participantes. Nesta amostra, a prevalência de Transtorno Bipolar (TB) foi de 7,2% (n=91), sendo mais frequente em mulheres, em indivíduos com menos anos de estudo e com menor classificação econômica. Os adultos jovens com TB apresentaram maior frequência de vivências traumáticas na infância, em todos os subtipos de trauma, quando comparados à amostra comunitária sem TB. Além disso, observou-se maior prevalência de risco de suicídio atual, maior severidade dos sintomas depressivos e maior comprometimento no funcionamento global em adultos jovens com TB e trauma na infância em comparação aos indivíduos com TB sem trauma na infância.

**Conclusão:** Os resultados deste estudo salientam a importância da identificação de traumas vivenciados na infância como um fator ambiental de risco para uma pior manifestação clínica do TB e maior comprometimento funcional desde os estágios iniciais.

**Palavras-chave:** Transtorno bipolar, trauma na infância, prejuízos no funcionamento.



## **Abstract**

**Objective:** To assess the impact of childhood trauma experiences on the clinical outcomes of young adults diagnosed with Bipolar Disorder.

**Methods:** This is a cross-sectional study corresponding to second wave of a cohort study with population sample of young adults, from 23 to 30 years old, in the period from 2012 to 2014. The trauma experiences during childhood were assessed using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The diagnostic of Bipolar Disorder was assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS (MINI-PLUS). Severity of manic symptoms was assessed using Young Mania Rating Scale (YMRS), as well as, severity of depressive symptoms was evaluated using the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Substance abuse or dependence was assessed using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the Functioning Assessment Short Test (FAST) was performed to assess the functioning.

**Results:** The total sample included 1259 participants. The prevalence of Bipolar Disorder (BD) was 7.2% (n=91). The prevalence of BD was higher in women, in subjects with less years of education, and in subjects with low economic classification. Young adults with BD showed a higher childhood trauma score, in all subtypes of trauma, when compared to the community sample without BD. Moreover, it was observed a higher prevalence of current suicide risk, higher severity of depressive symptoms and higher functional impairment in young adults with BD and childhood trauma as compared to subjects with BD without childhood trauma.

**Conclusion:** The results of this study highlight the importance of identify childhood trauma experiences as an environmental risk factor for a worse clinical manifestation of BD and higher functional impairment since early stages of illness.

**Keywords:** Bipolar disorder, childhood trauma, functional impairment.

## Introdução

O trauma na infância é uma experiência complexa que pode se caracterizar tanto por abuso (emocional, físico e sexual) quanto por negligência (emocional e física)<sup>1,2</sup>. A exposição a situações traumáticas durante a infância acarreta uma série de efeitos adversos, em crianças e adolescentes, abrangendo prejuízos emocionais<sup>2,3,4</sup>, psicossociais<sup>5,6</sup>, cognitivos<sup>4-12</sup> e funcionais<sup>13</sup>. Nos últimos anos, vem crescendo o interesse de investigações sobre as consequências do trauma na infância durante a vida adulta. Estudos sugerem que o trauma na infância interage com o desenvolvimento do cérebro, causando mudanças de longa duração no seu desenvolvimento e no seu funcionamento<sup>14</sup>. Além disso, é proposto que eventos traumáticos durante a infância são importantes contribuintes para o desenvolvimento ou manifestação de transtornos psiquiátricos<sup>15-18</sup>. Diante disso, há evidências de que as vivências traumáticas na infância podem precipitar a expressão do Transtorno Bipolar (TB) em jovens geneticamente vulneráveis, independente das diversas formas de maus-tratos<sup>15,18</sup>.

O TB é uma doença crônica, recorrente e caracteriza-se por episódios de alteração de humor<sup>19</sup>. A prevalência de TB a nível mundial é de 2% para TB-I, 1% para TB-II e 2,5% para os espectros do TB<sup>20</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o TB é umas das principais causas de incapacidade<sup>21</sup>, visto que este transtorno pode acarretar perturbações no âmbito familiar, social e ocupacional<sup>22</sup>. Diante destas consequências, estudos evidenciaram significativos prejuízos no funcionamento<sup>22-29</sup>, na qualidade de vida<sup>27</sup> e no desempenho cognitivo<sup>26,30-35</sup> em sujeitos com TB. Tais prejuízos apresentam impacto negativo na qualidade da saúde, na capacidade de executar atividades diárias e de exercer habilidades, incluindo, principalmente, dificuldades de manter a autonomia, redução da produtividade do trabalho/estudo, dificuldade de manter relacionamentos interpessoais e de realizar atividades de lazer<sup>28</sup>. Ademais, o TB tem sido associado à comorbidades como, o abuso de substâncias<sup>36-38</sup> e a elevadas taxas de mortalidade<sup>39</sup>, sendo o suicídio uma das principais causas<sup>39,40</sup>, principalmente entre jovens<sup>41,42</sup>.

No que se refere ao trauma na infância em sujeitos com TB, à ocorrência de abuso físico e sexual tem sido associada ao aumento do número de episódios de humor<sup>43</sup>. Quando comparados a indivíduos com depressão maior, é verificado que o abuso sexual é significativamente mais frequente nos indivíduos com diagnóstico de TB<sup>44</sup>. Já quando comparados a controles saudáveis, jovens com TB apresentam uma

maior prevalência de abuso emocional<sup>45</sup>. Estudos sugerem que estas vivências estão associadas à ciclagem rápida, uso e abuso de substâncias<sup>46-48</sup>, tentativas de suicídio<sup>47,48</sup>, prejuízos no desempenho cognitivo<sup>14,15</sup> e no funcionamento pré-mórbido<sup>49</sup> e ao longo da vida<sup>43</sup> de sujeitos com este diagnóstico, além de baixa adesão ao tratamento<sup>49</sup>.

Diante disso, verifica-se que embora a literatura evidencie o impacto das vivências traumáticas durante a infância ao longo da vida em adultos com transtornos psiquiátricos, a abordagem destas vivências é, principalmente, quanto ao abuso/negligência física e sexual<sup>49,50</sup>, avaliados em amostras de conveniência provenientes de ambulatórios psiquiátricos<sup>43,49-52</sup>, principalmente, de pacientes com esquizofrenia<sup>50,52</sup>, depressão maior e transtornos de ansiedade<sup>53</sup>. Com relação ao TB, pouco se sabe sobre o impacto do trauma precoce no funcionamento de sujeitos com este diagnóstico.

Portanto, devido às consequências que o trauma vivenciado na infância pode acarretar em indivíduos com TB, verifica-se a necessidade de estudos destinados a esta problemática, podendo assim, contribuir para uma maior compreensão dos efeitos de tais vivências sobre a progressão do TB. Sendo assim, o objetivo deste estudo é verificar o impacto de vivências traumáticas na infância nos desfechos clínicos de adultos jovens com diagnóstico de TB.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal que corresponde à segunda fase de um estudo de coorte com amostra populacional. A descrição completa da primeira fase foi publicada anteriormente<sup>54</sup>. Em resumo, a primeira fase incluiu 1560 participantes de 18 a 24 anos, residentes da zona urbana da cidade Pelotas (Brasil), no período de 2007 a 2008. A segunda fase aconteceu no período de 2012 a 2014, em média seis anos após a primeira fase. Todos os adultos jovens que participaram da primeira fase (n=1560) foram convidados a retornar para uma avaliação de acompanhamento. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os adultos jovens identificados com algum transtorno psiquiátrico foram encaminhados para os serviços de saúde de acordo com a demanda. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel sob o protocolo número 2008/118.

Os adultos jovens responderam a um questionário com variáveis sociodemográficas e econômicas para avaliar sexo, cor da pele, idade, *status* conjugal, anos de estudo, situação ocupacional e nível econômico. A classificação econômica foi avaliada e definida de acordo com os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008)<sup>55</sup>. Este instrumento mensura o nível econômico através do acúmulo de bens materiais e da escolaridade do chefe da família, classificando em cinco níveis (A, B, C, D e E), sendo "A" a classificação mais alta e "E" a classificação mais baixa. Para análise dos dados, optou-se por categorizar a classificação econômica em A/B (Alta), C (Intermediária) e D/E (Baixa).

Para avaliar as vivências de trauma durante a infância, foi utilizado o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), adaptado para o Brasil<sup>56</sup>. O CTQ é um questionário composto por 28 itens retrospectivos, de auto-relato, que avalia a história de abuso e/ou negligência durante a infância em adolescentes de 12 anos e adultos. Mede cinco subtipos de experiências de trauma durante a infância, incluindo, abuso emocional, físico e sexual, e negligência emocional e física. Os itens são pontuados em uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1 = nunca, 2 = poucas vezes, 3 = às vezes, 4 = muitas vezes e 5 = sempre. A pontuação total do CTQ leva em consideração a frequência das diversas formas de abuso e/ou negligência.

O Transtorno Bipolar (TB) foi avaliado através da *Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS* (MINI-PLUS)<sup>57,58</sup> aplicada por psicólogos qualificados e treinados. Em caso de dúvidas sobre o diagnóstico de TB, os indivíduos eram reavaliados utilizando a entrevista clínica semi-estruturada para o DSM *Structured Clinical Interview* (SCID)<sup>59</sup>, a fim de confirmar o diagnóstico. Além disso, usamos a MINI-PLUS para avaliar a história psiquiátrica, como: idade de início de TB, ciclagem rápida, hospitalizações, tentativas de suicídio ao longo da vida, risco de suicídio atual, e comorbidade com transtornos de ansiedade. Os adultos jovens também foram questionados sobre o tratamento psicofarmacológico.

A severidade dos sintomas maníacos foi avaliada através *Young Mania Rating Scale* (YMRS)<sup>60,61</sup>. Para avaliar a severidade dos sintomas depressivos foi utilizada a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS)<sup>62</sup>. O abuso/dependência de substâncias psicoativas foi avaliado por meio do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)<sup>63,64</sup>, sendo 4 o ponto de corte para abuso/dependência de substâncias. A *Functioning Assessment Short Test* (FAST)<sup>65</sup> foi utilizada para avaliar o funcionamento. A FAST é uma escala composta por 24 itens que

avalia dificuldades em seis domínios do funcionamento: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer de acordo com os últimos quinze dias que antecederam à avaliação. A soma de todos os itens fornece a pontuação total, sendo que, quanto maior a pontuação maior o prejuízo no funcionamento global.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software SPSS (versão 22). As análises descritivas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartis, definidos de acordo com o tipo de variável e distribuição das mesmas. Inicialmente, foram descritas as características da amostra comunitária e as características dos jovens com TB. Em um segundo momento, os adultos jovens com TB foram estratificados em dois grupos de acordo com a frequência de vivências traumáticas na infância, para tal, foram incluídos no grupo TB com trauma àqueles que se localizaram no tercil mais alto do CTQ.

Os fatores associados ao TB, bem como, as características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos grupos de TB com e sem trauma foram verificados através do teste *t*, Qui-quadrado e Mann-Whitney. Para avaliar a correlação entre a frequência de vivências traumáticas na infância e o prejuízo no funcionamento global foi utilizada a correlação de Pearson. Posteriormente, foi realizado um modelo de Regressão linear, ajustado para possíveis confundidores. Foram consideradas como possíveis fatores de confusão as variáveis associadas aos escores da FAST e da CTQ com  $p < 0,20$ . Para todos os testes estatísticos foram consideradas associações significativas quando  $p\text{-valor} < 0,05$ .

## **Resultados**

No total, 1560 adultos jovens foram avaliados na primeira fase deste estudo comunitário, no entanto, 19,3% não foram localizados ou se recusaram a participar da segunda fase do estudo, incluindo-se assim, 1259 participantes. Em relação às características da amostra comunitária: 57,8% ( $n=728$ ) são mulheres; 70,1% ( $n=882$ ) de cor da pele branca; a média de idade foi de 25,87 ( $\pm 2,16$ ) anos; e 69,3% ( $n=873$ ) eram casados ou viviam com companheiro. A média de anos de estudo foi 11,25 ( $\pm 3,77$ ); 52,3% ( $n=655$ ) pertenciam à classificação econômica A ou B, segundo a ABEP; e 80% ( $n=1007$ ) trabalhavam ou estudavam quando o estudo foi realizado.

Nesta amostra, a prevalência de Transtorno Bipolar (TB) foi de 7,2% ( $n=91$ ), sendo mais alta entre as mulheres ( $p=0,005$ ), em indivíduos com menos anos de estudo ( $p=0,001$ ) e com menor classificação econômica ( $p=0,001$ ) (Tabela 1). No que se refere

ao trauma na infância, um adulto jovem com TB não respondeu a avaliação sobre esta vivência, assim, o total da amostra com TB foi de 90 participantes. Os adultos jovens com TB apresentaram maior frequência de vivências traumáticas na infância ( $44,4 \pm 16,5$ ) do que a amostra comunitária sem TB ( $34,3 \pm 10,7$ ;  $p < 0,001$ ). As médias dos subtipos de trauma em indivíduos com TB foram: 10,84 ( $\pm 4,99$ ) para o Abuso Emocional (AE); 8,26 ( $\pm 4,41$ ) para o Abuso Físico (AF); 6,29 ( $\pm 3,00$ ) para o Abuso Sexual (AS); 14,48 ( $\pm 6,52$ ) para a Negligência Emocional (NE); e 4,54 ( $\pm 2,04$ ) para a Negligência Física (NF). Na amostra comunitária sem TB as pontuações dos subtipos de trauma foram: 7,48 ( $\pm 3,29$ ) para a AE; 6,38 ( $\pm 2,27$ ) para a AF; 5,44 ( $\pm 1,80$ ) para o AS; 11,11 ( $\pm 5,02$ ) para a NE; e 3,85 ( $\pm 1,57$ ) para a NF. Em todos os subtipos de trauma os indivíduos com TB apresentaram maiores escores médios quando comparados aos indivíduos sem TB ( $p < 0,001$ ) (Figura 1).

Os adultos jovens com TB foram divididos de acordo com a frequência de vivências traumáticas na infância, para tal, foram incluídos no grupo TB com trauma àqueles que se localizaram no tercil mais alto do CTQ. Entre os sujeitos com TB com e sem trauma, não foram verificadas diferenças significativas em relação às características sociodemográficas e econômicas (Tabela 2). A tabela 3 refere-se aos desfechos clínicos dos adultos jovens com e sem trauma na infância diagnosticados com TB. Verificou-se que o risco de suicídio atual foi de 50% em indivíduos com TB e com trauma na infância e 28,3% em indivíduos com TB e sem este trauma ( $p = 0,043$ ). Adultos jovens com TB e trauma na infância relataram maior severidade de sintomas depressivos em comparação com indivíduos com TB e sem trauma na infância ( $p = 0,011$ ). Além disso, os adultos jovens com TB e trauma na infância mostraram maior comprometimento no funcionamento global em comparação aos indivíduos com TB e sem este trauma ( $p = 0,003$ ). Especialmente, em relação à autonomia ( $p = 0,033$ ); cognição ( $p = 0,049$ ); finanças ( $p = 0,045$ ); relações interpessoais ( $p = 0,001$ ); e lazer ( $p = 0,004$ ) os adultos jovens com TB e trauma na infância apresentaram maior prejuízo do que àqueles com TB e sem este trauma.

De acordo com os dados apresentados na figura 2, pode-se observar uma correlação positiva entre a frequência de vivências traumáticas na infância (CTQ escore) e o prejuízo no funcionamento global (FAST escore) dos adultos jovens com TB ( $r = 0,452$ ;  $p < 0,001$ ). A correlação entre a frequência de vivências traumáticas na infância e o prejuízo no funcionamento global permaneceu significativa após ajuste para

a severidade dos sintomas depressivos e o risco de suicídio atual ( $r=0,478$ ;  $B=0,202$ ; IC95% 0,062 – 0,342;  $p=0,005$ ).

## **Discussão**

Neste estudo comunitário de adultos jovens, verificou-se uma prevalência de 7,2% de Transtorno Bipolar (TB), sendo mais frequente entre as mulheres, em indivíduos com menos anos de estudo e com menor classificação econômica. Os adultos jovens com TB apresentaram maior frequência de vivências traumáticas na infância, em todos os subtipos de trauma, quando comparados à amostra comunitária sem TB. Além disso, entre os adultos jovens com TB e trauma na infância, observou-se maior prevalência de risco de suicídio atual, maior severidade dos sintomas depressivos e maior comprometimento no funcionamento global quando comparados aos indivíduos com TB sem trauma na infância.

Com base em estudos internacionais<sup>20,66-68</sup>, a taxa de TB verificada nesta amostra é mais alta do que se esperava. Contudo, outro estudo no Brasil verificou prevalência de 8,3% entre todos os espectros de TB<sup>69</sup>. Quanto às características sociodemográficas associadas ao TB, pesquisas epidemiológicas, anteriores, não evidenciaram a relação deste transtorno com o gênero e a renda<sup>66,67</sup>. Porém, um estudo realizado em um programa de tratamento para o TB, verificou que as mulheres apresentam maior prevalência de TB II quando comparadas aos homens<sup>70</sup>. Já no que se refere a anos de estudo, o resultado deste estudo corrobora com os achados de um estudo populacional que evidenciou maior prevalência de TB ao longo da vida entre os sujeitos com menor escolaridade<sup>66</sup>.

De acordo com os dados deste estudo, os adultos jovens com TB e com trauma na infância apresentaram maior severidade de sintomas depressivos. Este resultado é consistente com a literatura que aponta que sujeitos com TB que vivenciaram traumas na infância ou na idade adulta apresentam níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos inter-episódio do que aqueles sem história de trauma<sup>71</sup>. Verificou-se também, neste estudo, que os sujeitos com TB com relato de vivências traumáticas na infância apresentaram maior risco de suicídio atual quando comparados aos adultos jovens com TB e sem este trauma. Não foram encontrados estudos que avaliem a relação entre experiências traumáticas na infância e o risco de suicídio atual. Contudo, estudos sugerem uma relação graduada e poderosa entre a frequência de experiências traumáticas na infância e o número de tentativas de suicídio ao longo da vida<sup>48,72</sup>. Cabe

destacar que o número de tentativas de suicídio é uma medida de curso da doença, enquanto o risco de suicídio atual é o reflexo da severidade do episódio depressivo atual. No nosso estudo o número de tentativas de suicídio foi baixo, visto que os sujeitos com TB estão em estágio inicial da doença, limitando tal observação.

Segundo a literatura, as vivências de trauma durante a infância estão associadas com idade de início precoce do TB, ciclagem rápida, tentativas de suicídio ao longo da vida, um maior número de episódios maníacos, presença de comorbidades, como: abuso ou dependência de substâncias psicoativas<sup>47,48,73</sup>, bem como, internações hospitalares<sup>71</sup> e transtornos de ansiedade<sup>17</sup>. No presente estudo, não foi possível verificar tais associações, possivelmente por se tratar de uma amostra comunitária de adultos jovens em início da doença, em que a grande maioria não havia recebido diagnóstico prévio. Não obstante, Búcker *et al.* (2013)<sup>15</sup> sugere que sintomas maníacos mais severos possam estar associados ao trauma na infância na medida em que a doença progride.

Outro resultado importante, evidenciado no presente estudo, é que quanto maior a frequência de vivências traumáticas durante a infância maior o prejuízo no funcionamento global de adultos jovens com TB. Este resultado corrobora com os dados encontrados na literatura<sup>15,43</sup>. Um estudo ambulatorial que avaliou o funcionamento, através da *Global Assessment of Functioning* (GAF), em pacientes em primeiro episódio de mania, verificou que pacientes com trauma apresentavam um funcionamento mais pobre quando comparados aqueles sem trauma<sup>15</sup>. Outro estudo verificou que o abuso/negligência emocional e o abuso físico, avaliados através do CTQ, encontraram-se associados à redução do nível de funcionamento (GAF) em pacientes com TB<sup>43</sup>. Resultados semelhantes também foram verificados em pacientes adultos jovens com TB-I, em primeiro episódio de mania psicótica, que sofreram abuso físico e sexual na infância/adolescência, os quais apresentaram prejuízos no funcionamento pré-mórbido<sup>49</sup>, sugerindo que o trauma pode acarretar prejuízos no funcionamento antes mesmo do primeiro episódio de mania com sintomas psicóticos.

Além disso, autores sugerem que o funcionamento global pode ser utilizado como uma medida de estadiamento da neuroprogressão no TB<sup>23</sup>. De acordo com os resultados encontrados neste estudo, sugere-se que o trauma na infância tem um impacto negativo no funcionamento de adultos jovens com TB, independente da severidade atual do transtorno. Diante disso, este estudo sugere que o trauma na infância pode acelerar a progressão do TB<sup>43,74</sup>.



O presente estudo apresenta algumas limitações a serem destacadas. Em primeiro lugar, os dados sobre as vivências de trauma durante a infância foram obtidos retrospectivamente, como na maioria dos estudos que avaliam esta problemática em adultos, a partir de uma medida de auto-relato. Cabe ressaltar que por se tratar de uma questão complexa permeada de temores e preconceitos torna-se muitas vezes difícil à abordagem do trauma, visto que o relato destas experiências sofre a influência do viés de memória. No entanto, o CTQ é um instrumento frequentemente utilizado em estudos e validado para diferentes populações. Em segundo lugar, não foram abordados neste estudo os subtipos de trauma, as idades em que ocorreram tais vivências, bem como os efeitos dos eventos estressores vivenciados na idade adulta que possam mediar à relação entre o trauma na infância e uma pior manifestação clínica do TB. Cabe destacar, que estudos de neuroimagem mostram que dependendo do momento em que o trauma é vivenciado na infância seus efeitos podem se diferenciar, devido a um período sensível em diferentes partes do cérebro, de acordo com a idade, como o hipocampo e o córtex frontal<sup>75,76</sup>. Ademais, a literatura evidencia em adultos a ocorrência de sensibilização a longo prazo da resposta ao estresse após o estresse precoce<sup>77</sup>. Por fim, o estudo utilizou dados transversais e, portanto, não podemos fazer inferências causais. Tornam-se necessários estudos futuros com delineamento longitudinal em amostras populacionais de adultos jovens com TB, para assim, confirmar os achados deste estudo e, deste modo, fornecer mais informações sobre as mudanças fenomenológicas no curso do TB em sujeitos com trauma na infância, avaliando esta vivência com fatores genéticos e expressão gênica<sup>78</sup>.

Apesar das limitações, pode-se considerar que o presente estudo revela a importância de investigações relacionadas ao impacto do trauma na infância sobre o desfecho clínico de adultos jovens com TB. Este é um dos poucos estudos em que a amostra é proveniente de um estudo populacional e que avalia adultos jovens com idades consideradas de risco para a manifestação do TB. A maioria dos estudos apresentam um desenho ambulatorial e amostras de conveniência, incluindo pacientes que apresentam sintomas mais severos e um curso mais longo da doença. Diante disso, uma das vantagens deste estudo é que por se tratar de uma amostra de adultos jovens em início da doença, pode-se verificar relatos de traumas da infância que poderão não estar influenciados por uma visão negativa de vivências passadas, como em sujeitos em estágios mais avançados da doença. Cabe ressaltar, que este é o único estudo que avalia

o efeito do trauma na infância sobre o funcionamento de sujeitos com TB em uma amostra não ambulatorial.

Os resultados deste estudo tornam-se relevantes para os serviços de saúde mental, salientando a importância da identificação de traumas vivenciados na infância como um fator ambiental de risco para o diagnóstico de TB, bem como, para uma pior manifestação clínica da doença e maior comprometimento funcional desde os estágios iniciais. Há a necessidade de que os profissionais da área da saúde estejam atentos a algumas dificuldades que permeiam o tratamento de indivíduos que vivenciaram traumas na infância, como: desenvolver e manter uma aliança terapêutica, pois muitas vezes há problemas significativos relacionados à confiança e, principalmente, a dificuldade em manter o engajamento terapêutico e motivação<sup>79</sup>. Portanto, todos os profissionais devem estar cientes de que estas experiências traumáticas podem influenciar no curso do tratamento. Sendo assim, torna-se necessário a elaboração de manejos para esta temática, especialmente, quando se trata do TB, visando à aderência ao tratamento e consecutivamente um reconhecimento de possíveis planejamentos que poderão contribuir para uma melhora do curso clínico de sujeitos com TB que estiveram expostos a situações traumáticas durante a infância.

## Referências

1. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, et al. Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*. 2012;71(4):286-293.
2. Bücker J, Kapczinski F, Post R, et al. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Compr Psychiatry*. 2012;53:758-764.
3. Sesar K, Živčić-Bećirević I, Sesar D. Multi-type Maltreatment in Childhood and Psychological Adjustment in Adolescence: Questionnaire Study Among Adolescents in Western Herzegovina Canton. *Croat Med J*. 2008;49:243-256.
4. Buckle SK, Lancaster S, Powell MB, Higgins DJ. The relationship between child sexual abuse and academic achievement in a sample of adolescent psychiatric inpatients. *Child Abuse Negl*. 2005;29:1031-1047.
5. Pears KC, Kim HK, Fisher PA. Psychosocial and Cognitive Functioning of Children with Specific Profiles of Maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2008;32(10):958-971.
6. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Dev*. 1984;55(3):794-802.
7. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse Negl*. 2007;31:631-643.
8. Enlow MB, Egeland B, Blood E, Wright RO, Wright RJ. Interpersonal Trauma Exposure and Cognitive Development in Children to Age 8 Years: A Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(11):1005-1010.
9. Spann MN, Mayes LC, Kalmar JH, et al. Childhood Abuse and Neglect and Cognitive Flexibility in Adolescents. *Child Neuropsychol*. 2012;18(2):182-189.
10. Hanson JL, Adluru N, Chung MK, Alexander AL, Davidson RJ, Pollak SD. Early Neglect Is Associated With Alterations in White Matter Integrity and Cognitive Functioning. *Child Dev*. 2013;84(5):1566-1578.
11. De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreat*. 2013;18(3):171-183.
12. Mills R, Alati R, O'Callaghan M, et al. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. *Pediatrics*. 2011;127(1):4-10.
13. Weine SM, Becker DF, Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. Childhood trauma histories in adolescent inpatients. *J Trauma Stress*. 1997;10(2):291-298.

14. Aas M, Steen NE, Agartz I, et al. Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Res.* 2012;198:495-500.
15. Bücker J, Kozicky J, Torres JJ, et al. The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: Data from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM). *J Affect Disord.* 2013;148:424-430.
16. Kuhlman KR, Maercker A, Bachem R, Simmen K, Burri A. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. *Child Abuse Negl.* 2013;37: 969-978.
17. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:18-28.
18. Goldberg JF, Garno JL. Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disord.* 2009;11:205-208.
19. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* 9ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2007.
20. Hoertel N, Le Strat Y, Angst J, Dubertret C. Subthreshold bipolar disorder in a U.S. national representative sample: prevalence, correlates and perspectives for psychiatric nosography. *J Affect Disord.* 2013;146(3):338-347.
21. World Health Organization (WHO), 2004. The Global Burden of Disease: Update. *WHO Press*, Switzerland.
22. Martínéz-Aran A, Vieta E, Torrent C, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord.* 2007;9(1-2):103-113.
23. Rosa AR, Magalhães PVS, Czepielewski L, et al. Clinical staging in bipolar disorder: focus on cognition and functioning. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(5):450-456.
24. Jansen K, Magalhães PV, Tavares Pinheiro R, Kapczinski F, Silva RA. Early functional impairment in bipolar youth: A nested population-based case-control study. *J Affect Disord.* 2012;142(1-3):208-212.
25. Solé B, Bonnin CM, Torrent C, et al. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125:309-317.
26. Helvin T, Sundet K, Simonsen C, et al. Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorders. *Bipolar Disord.* 2012;14: 227-238.
27. Magalhães PV, Dodd S, Nierenberg AA, Berk M. Cumulative morbidity and prognostic staging of illness in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Aust NZJ Psychiatry.* 2012;46(11):1058-1067.

28. Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, et al. Functional Impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value in Health*. 2010;13(8):984-988.
29. Rosa AR, Reinares M, Franco C, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord*. 2009;11(4):401-409.
30. Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell PB, Vieta E, Sachdev P. Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disord*. 2007; 9(1-2):114-125.
31. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, et al. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. *Bipolar Disord*. 2008;10:245-255.
32. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Velartova H. Cognitive Impairment In Bipolar Disorder. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2011;155(1):19-26.
33. Solé B, Bonnin CM, Torrent C, et al. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:309-317.
34. Godard J, Baruch P, Grondin S, Lafleur MF. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: A 12-month prospective study. *Psychiatry Res*. 2012; 196:145-153.
35. Kozicky J-M, Torres IJ, Silveira LE, Bond DJ, Lam RW, Yatham LN. Cognitive change in the year after a first manic episode: association between clinical outcome and cognitive performance early in the course of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(6):587-593.
36. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55(9):875-881.
37. Merikangas KR, Herrell R, Swendsen J, Ressler W, Ajdacic-Gross V, Angst J. Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(1):47-52.
38. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-251.
39. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002;68(2-3):167-181.
40. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar

disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(9):785-802.

41. Kessing LV, Vradi E, McIntyre RS, Andersen PK. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;180:142-147.

42. Schaffer A, Sinyor M, Reis C, Goldstein BI, Levitt AJ. Suicide in bipolar disorder: characteristics and subgroups. *Bipolar Disord*. 2014;16:732-740.

43. Larsson S, Aas M, Klungsoyr O, et al. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2013;13:2-9.

44. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000;2:131-135.

45. Etain B, Mathieu F, Henry C, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress*. 2010;23:376-383.

46. Post RM, Kalivas P. Bipolar disorder and substance misuse: pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitisation. *Br J Psychiatry*. 2013;202(3):172-176.

47. Leverich GS, Post RM. Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet*. 2006;367:1040-1042.

48. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry*. 2002;51(4):288-297.

49. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, et al. Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disord*. 2010;12:244-252.

50. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr Res*. 2005;76(2-3):273-286.

51. Peng H, Long Y, Li J, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning and dysfunctional attitude in depressed patients with and without childhood neglect. *BMC Psychiatry*. 2014:2-7.

52. Gil A, Gama CS, de Jesus DR, Lobato MI, Zimmer M, Belmonte-de-Abreu P. The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse Negl*. 2009;33(9):618-624.

53. Karsten J, Penninx BW, Verboom CE, Nolen WA, Hartman CA. Course and risk factors of functional impairment in subthreshold depression and anxiety. *Depress Anxiety*. 2013;30(4):386-394.

54. Jansen K, Ores Lda C, Cardoso Tde A, et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *J Affect Disord.* 2011;130(1-2):328-333.
55. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2008. Acessado em: 14 de junho de 2014. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org).
56. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica.* 2006;40(2):249-255.
57. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
58. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-115.
59. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(3):156-159.
60. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-435.
61. Vilela JA, Crippa JA, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(9):1429-1439.
62. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382-389.
63. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction.* 2002;97(9):1183-1194.
64. Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):199-206.
65. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007;3:5.
66. Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Prevalence, correlates, comorbidity and severity of bipolar disorder: results from the Singapore Mental Health Study. *J Affect Disord.* 2013;146(2):189-196.

67. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-552.
68. Kozloff N, Cheung AH, Schaffer A, et al. Bipolar disorder among adolescents and young adults: results from an epidemiological sample. *J Affect Disord*. 2010;125(1-3):350-354.
69. Moreno DH, Andrade LH. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the SP o ECA study. *J Affect Disord*. 2005;87:231-241.
70. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, et al. Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disord*. 2005;7(5):465-470.
71. Maguire C, McCusker CG, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disord*. 2008;10(2):293-302.
72. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001;286(24):3089-3096.
73. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar illness. *Br J Psychiatry*. 2005;186:121-125.
74. Post RM. Mechanisms of illness progression in the recurrent affective disorders. *Neurotox Res*. 2010;18(3-4):256-271.
75. Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends Neurosci*. 2008;31(4):183-191.
76. Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008; 20(3):292-301.
77. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001; 49(12):1023-1039.
78. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10:867-876.
79. Lawson DM, Davis D, Brandon S. Treating complex trauma: critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*. 2013;50(3):331-335.



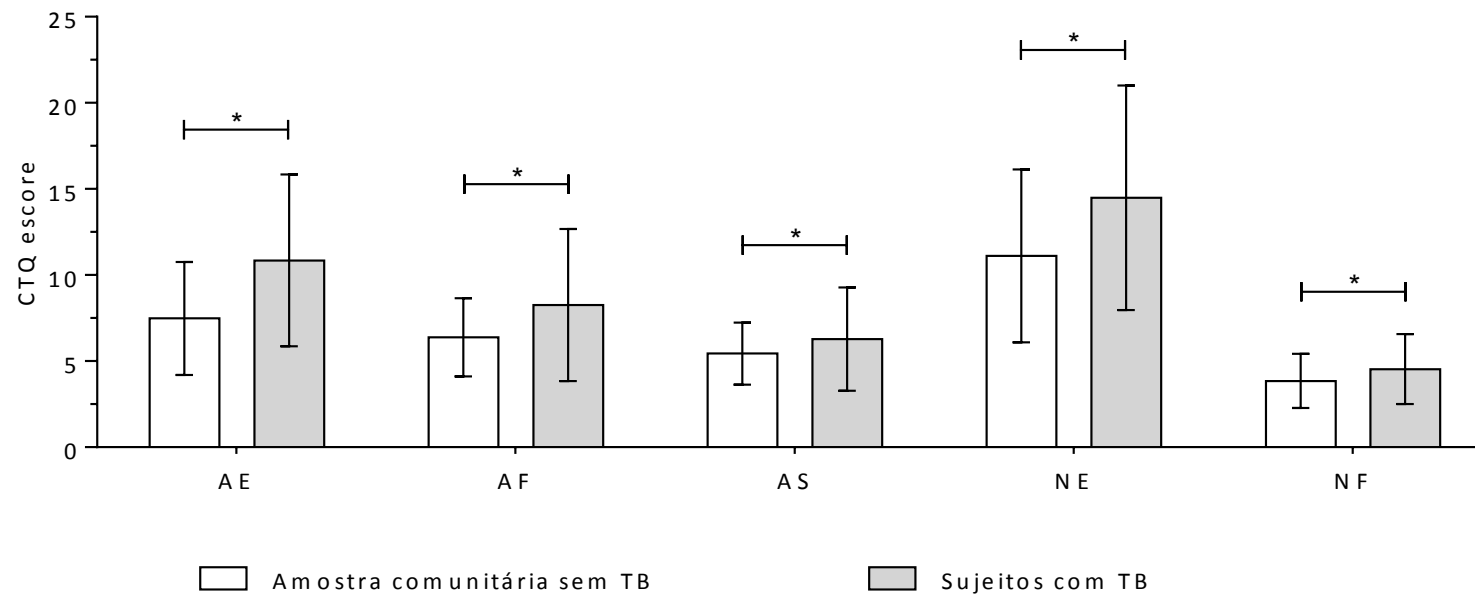
## ANEXOS

**Tabela 1:** Características sociodemográficas e econômicas da amostra comunitária de adultos jovens com TB.

<b>Características</b>	<b>Adultos jovens com TB</b> n (%) / $\mu$ ( $\pm$ )	<b>p-valor</b>
<b>Gênero<sup>1</sup></b>		0,005
Masculino	25 (4,7)	
Feminino	66 (9,1)	
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>		0,212
Branca	58 (6,6)	
Não branca	33 (8,8)	
<b>Idade (anos)<sup>2</sup></b>	25,77 ( $\pm$ 2,09)	0,640
<b>Mora com o companheiro<sup>1</sup></b>		0,706
Não	30 (7,8)	
Sim	61 (7,0)	
<b>Anos de estudo<sup>2</sup></b>	10,12 ( $\pm$ 3,09)	0,001
<b>Classificação econômica<sup>1*</sup></b>		0,001
Alta	35 (5,3)	
Intermediária	47 (8,4)	
Baixa	8 (22,2)	
<b>Ocupação (trabalho/estudo)<sup>1</sup></b>		0,087
Não	25 (9,9)	
Sim	66 (6,6)	
<b>Total</b>	<b>91 (7,2)</b>	---

Legenda: TB (Transtorno Bipolar). <sup>1</sup> Frequência absoluta (n) e relativa (%), p-valor de acordo com o teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Média ( $\mu$ ) e desvio padrão ( $\pm$ ), p-valor de acordo com o teste *t*. \*Missing (n=1).

**Figura 1:** Escores dos subtipos de trauma na infância entre adultos jovens com TB e amostra comunitária sem TB.



Legenda: TB (Transtorno Bipolar); CTQ escore (Escore do *Childhood Trauma Questionnaire*); AE (Abuso Emocional); AF (Abuso Físico); AS (Abuso Sexual); NE (Negligência Emocional); NF (Negligência Física).

\* Em todos os subtipos de trauma os indivíduos com TB apresentaram maiores escores médios quando comparados aos indivíduos sem diagnóstico de TB ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 2:** Características sociodemográficas e econômicas da amostra comunitária de adultos jovens com TB com e sem trauma na infância.

<b>Características</b>	<b>TB sem trauma (n=60)</b>	<b>TB com trauma (n=30)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Gênero<sup>1</sup></b>			0,448
Masculino	18 (30,0)	6 (20,0)	
Feminino	42 (70,0)	24 (80,0)	
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>			0,938
Branca	38 (63,3)	20 (66,7)	
Não branca	22(36,7)	10 (33,3)	
<b>Idade (anos)<sup>2</sup></b>	25,73(±2,15)	25,87(±2,03)	0,779
<b>Mora com o companheiro<sup>1</sup></b>			0,813
Não	21 (35,0)	9 (30,0)	
Sim	39 (65,0)	21(70,0)	
<b>Anos de estudo<sup>2</sup></b>	10,20 (±3,00)	10,10 (±3,28)	0,886
<b>Classificação econômica<sup>1,*</sup></b>			0,209
Alta	25 (42,4)	10 (33,3)	
Intermediária	31(52,5)	16 (53,3)	
Baixa	3 (5,1)	4 (13,3)	
<b>Ocupação (trabalho ou estudo)<sup>1</sup></b>			0,800
Não	15 (25,0)	9 (30,0)	
Sim	45 (70,0)	21 (70,0)	

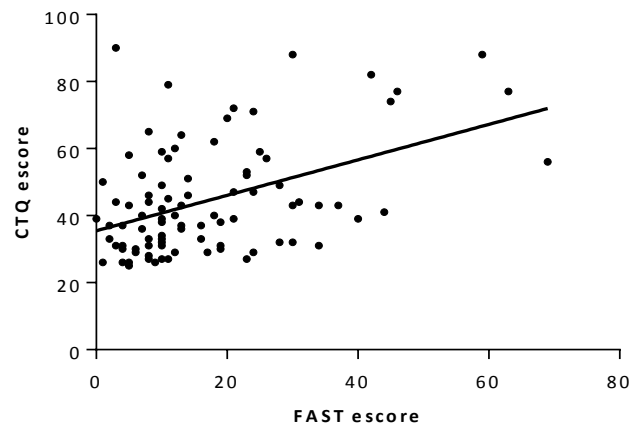
Legenda: TB (Transtorno Bipolar). <sup>1</sup> Frequência absoluta (n) e relativa (%), p-valor de acordo com o teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Média e desvio padrão, p-valor de acordo com o teste *t*. \*Missing (n=1).

**Tabela 3:** Desfechos clínicos da amostra comunitária de adultos jovens com TB com e sem trauma na infância.

<b>Características</b>	<b>TB sem trauma (n=60)</b>	<b>TB com trauma (n=30)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade de início do TB<sup>1</sup></b>	17,50 (±4,87)	18,46 (±6,67)	0,799
<b>Ciclagem rápida<sup>2</sup></b>	28 (46,7)	12 (40,0)	0,549
<b>Hospitalização ao longo da vida<sup>2</sup></b>	5 (8,3)	2 (6,7)	0,781
<b>Tentativas de suicídio ao longo da vida<sup>2</sup></b>	13 (21,7)	10 (33,3)	0,347
<b>Risco de suicídio atual<sup>2</sup></b>	17 (28,3)	15 (50,0)	0,043
<b>Tratamento Psicofarmacológico<sup>2,*</sup></b>	34 (57,6)	15 (50,0)	0,494
<b>Abuso ou dependência de substâncias psicoativas<sup>2</sup></b>	14 (23,3)	6 (20,0)	0,720
<b>Sintomas depressivos (MADRS escore)<sup>3</sup></b>	8 (2 – 17,5)	15 (7,5 – 22,5)	0,011
<b>Sintomas maníacos (YMRS escore)<sup>3</sup></b>	5 (3 - 11)	7 (4,5 - 9)	0,437
<b>Comorbidade com Transtornos de Ansiedade<sup>2</sup></b>	32 (53,3)	19 (63,3)	0,367
<b>Funcionamento global (FAST escore)<sup>3</sup></b>	10 (6 – 18,75)	21 (10,75 – 28,5)	0,003
<b>Autonomia</b>	1 (0 - 2)	2 (0 – 4,25)	0,033
<b>Trabalho</b>	1 (0 - 2)	1 (0 – 5,25)	0,098
<b>Cognição</b>	4 (2,25 - 6)	6 (3 – 9,25)	0,049
<b>Finanças</b>	1 (0 – 2,75)	2 (0 – 5,25)	0,045
<b>Relações interpessoais</b>	2 (0 – 5,75)	4 (2,75 - 10)	0,001
<b>Lazer</b>	1 (0 - 2)	2,5 (1 - 5)	0,004

Legenda: TB (Transtorno Bipolar). <sup>1</sup>Média e desvio padrão, p-valor de acordo com o teste *t*; <sup>2</sup>Frequência absoluta (n) e relativa (%), p-valor de acordo com o teste Qui-quadrado; <sup>3</sup>Mediana e intervalo interquartil (25%/75%), p-valor de acordo com o teste Mann-Whitney. \*Missing (n=1).

**Figura 2:** Correlação entre os escores de trauma na infância e de prejuízos no funcionamento global da amostra comunitária de adultos jovens com TB.



Legenda: TB (Transtorno Bipolar); CTQ score (Escore do *Childhood Trauma Questionnaire*); FAST score (Escore do *Functioning Assessment Short Test*). ( $r=0,452$ ;  $p<0,001$ ).